PAULO MARCHIORI BUSS org.
MARIA ELIANA LABRA org.

SISTEMAS DE SAÚDE
continuidades e mudanças

EDITORA HUCITEC

Saúde em Debate 81
direção de
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS EM CATÁLOGO

Medicina e Política, Giovanni Berlinguer
Epidemiologia da Desigualdade, César G. Victora, Fernando C. de Barros e Patrick Vaughan
A Doença, Giovanni Berlinguer
Tópicos de Saúde do Trabalhador, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes e Sérgio Colacioppo
Trabalho em Turnos e Noturno, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth e Frida Marina Fischer
Educação Médica e Capitalismo, Lilia Blima Schraiber
Epidemiologia: Teoria e Objeto, Dina Czeresnia Costa (org.)
A Saúde Pública e a Defesa da Vida, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Saúde Infantil (um Manual para Diagnósticos Comunitários), Fernando C. Barros e César G. Victora
O Marketing da Fertilidade, Ivan Wolffers et al
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?, Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Pulgas, Giovanni Berlinguer
Mulheres: "Sanitaristas de Pés Descalços", Nelsina Melo de Oliveira Dias
Epidemiologia: Economia, Política e Saúde, Jaime Breilh
O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde Pública como Política, Emerson Elias Merhy
O Sistema Único de Saúde, Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos
Reforma da Reforma: Repensando a Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos
O Município e a Saúde, Luiza S. Heimann et al.
Epidemiologia para Municípios, J. P. Vaughan e R. H. Morrow
Promovendo a Eqüidade: Um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde, Emanuel de Kadt e Renato Tasca
Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (org.)
Questões de Vida: Ética, Ciência e Saúde, Giovanni Berlinguer
O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade, Lilia B. Schraiber
Ruído: Riscos e Prevenção, Ubiratan Paula Santos et al.
Informações em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, Ilara Hammerli S. de Moraes
Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, Paulo Capel Narvai
Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida, Maria Inês Nogueira
Saber Preparar uma Pesquisa, André-Pierre Contandriopoulos et al.
Pensamento Estratégico em Saúde, Mario Testa
Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, Sueli Gandolfi Dallari
Uma História da Saúde Pública, George Rosen
Drogas e Aids, Fábio Mesquita e Francisco Inácio Bastos
Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
Epidemiologia e Emancipação, José Ricardo de C. Mesquita Ayres
Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)
Da Saúde e das Cidades, David Capistrano Filho
Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Paulo Marchiori Buss e Maria Eliana Labra (orgs.)
AIDS: Ética, Medicina e Tecnologia, Dina Czeresnia et al (orgs.)
AIDS: Pesquisa Social e Educação, Dina Czeresnia et al (orgs.)

Série DIDÁTICA (direção de Emerson Elias Merhy)

Planejamento sem Normas, Gastão Wagner de S. Campos, Emerson E. Merhy e Everardo Duarte Nunes
Programação em Saúde Hoje, Lilia Blima Schraiber (org.)
Inventando a Mudança na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio et al.
Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade, Edmundo Gallo (org.)

Série SAÚDELOUCURA (direção de Antonio Lancetti)

SaúdeLoucura 1, Antonio Lancetti et al.
SaúdeLoucura 2, Félix Guattari, Gilles Deleuze et al.
Hospital: Dor e Morte como Ofício, Ana Pitta
Cinco Lições sobre a Transferência, Gregorio Baremblitt
A Multiplicação Dramática, Hernán Kesselman e Eduardo Pavlovsky
Lacantroças, Gregorio Baremblitt
SaúdeLoucura 3, Herbert Daniel, Jurandir Freire Costa et al.
Psicologia e Saúde: repensando práticas, Florianita Coelho Braga Campos (org.)
Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical, Franca Ongaro Basaglia
Manual de Saúde Mental, Benedetto Saraceno, Fabrizio Asioli e Gianni Tognoni
SaúdeLoucura 4, François Tosquelles, Enrique Pichon-Rivière, Robert Castel et al.

SISTEMAS DE SAÚDE
continuidades e mudanças

Argentina, Brasil, Chile, Espanha,
Estados Unidos, México e Québec

Paulo Marchiori Buss
María Eliana Labra
Organizadores

SISTEMAS DE SAÚDE
continuidades e mudanças

Argentina, Brasil, Chile, Espanha,
Estados Unidos, México e Québec

Editora Hucitec
Editora Fiocruz
São Paulo-Rio de Janeiro, 1995

ISBN 85-271.290.0 Hucitec
Foi feito o depósito legal.

Co-edição com a
Editora da Fiocruz

Co-edição com a
Editora da Focruz
Avenida Brasil, 4365 — Manguinhos
21045-900 Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (021)590-7544

Este livro reúne análises sobre as reformas contemporâneas nos sistemas de saúde de Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec.

Escritos por especialistas no tema, os estudos são uma excelente oportunidade para cotejar as experiências das reformas em países simultaneamente tão próximos e tão díspares entre si.

Saúde como componente essencial do Estado de Bem-Estar Social, universalidade e eqüidade, estrutura do financiamento, elevação dos custos da assistência médica, privatização do setor, representação de interesses de atores sociais, são alguns dos temas evocados nas diferentes análises, que permitem verificar a configuração dos sistemas de saúde dos diversos países e o bom (ou mau) desenlace das propostas de mudanças em curso.

AUTORES

Susana Belmartino, Historiadora. Professora e pesquisadora da Universidad Nacional de Rosario e do Centro de Estudios Sanitarios e Sociales de Rosario, Argentina.

Claudia Bodek S., Professora e pesquisadora da Universidad Pedagógica Nacional, México.

Paulo Marchiori Buss, Médico e mestre em Medicina Social. Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

Gilles Dussault, PhD em Sociologia. Professor e pesquisador do Departamento de Administração da Saúde, Faculté de Médicine, Université de Montréal, Québec, Canadá.

Catalina Eibenschutz H., Professora e pesquisadora do Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.

María Eliana Labra, Mestre em Administração Pública e doutoranda em Ciências Políticas. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

José Carvalho de Noronha, Médico e mestre em Medicina Social. Professor e pesquisador do Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

José J. O'Shanahan Juan, Professor e pesquisador de Saúde Pública, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Espanha.

Silvia Támez G., Professora e pesquisadora do Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.

María Alicia Domínguez Ugá, Mestre em Economia e doutoranda em Saúde Coletiva, professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

MARÍA ELIANA LABRA
PAULO MARCHIORI BUSS

Comer e falar — para livrar-se da fome e da repressão.
Przeworski, 1990.

As exposições deste livro foram reunidas com o propósito de contribuir para o debate sobre as reformas nos sistemas de saúde. Assim, um dos pontos em comum aos casos aqui apresentados é justamente o de salientarem, de perspectivas diferentes, as políticas propostas ou realmente implementadas em cada um dos países analisados visando introduzir transformações nos serviços médico-assistenciais.

As reformas contemporâneas na saúde, ainda que muito variadas em fundamentos doutrinários, abrangência, radicalidade e êxito, buscam conciliar, no plano discursivo ou fáctico, pelo menos dois objetivos contraditórios: a ampliação universalizante do acesso à assistência médica ante a pressão por mais e melhor atendimento à saúde *vis-à-vis* a contenção do gasto público e privado setorial ante o crucial problema do aumento dos custos na medicina.

Se considerarmos, por um lado, a atual tendência ao crescimento e mutação sem precedentes das necessidades e expectativas das pessoas em relação aos cuidados com a saúde, e, por outro, as tensões geradas pela relação entre reformas políticas, econômicas e sociais, estaremos diante de um dos dilemas centrais da atualidade, sobretudo em países como o Brasil, a Argentina e o Chile, recém-saídos de longas ditaduras militares e carregando pesada dívida social. Por conseguinte, o grande desafio que se coloca para as reformas sociais em geral e a da saúde em especial é como levá-las adiante tanto diante das restrições impostas pela longa recessão que assola o mundo, e que castiga com particular intensidade o nosso continente, quanto das resistências dos eventuais afetados por políticas redistributivas,

sem que se coloque em risco a ordem democrática reconquistada. Não menos dramática é a situação dos países do ex-bloco comunista, empenhados em profundas transformações econômicas que estão abalando os fundamentos da utopia de construir uma ordem mais justa.

À luz dessas considerações, nestas palavras introdutórias tentaremos esboçar um enfoque *situacional* das reformas dos sistemas de saúde, sugerido tanto pelos inevitáveis balanços apocalípticos que este fim de século traz à baila quanto pelas análises comparadas na nossa área. No traçado desses contrapontos buscaremos avançar no exame das perplexidades e incertezas que cercam as reformas sanitárias, sem contudo pretender escapar à permanente tensão enfrentada pelos analistas sociais e setoriais quanto ao reconhecimento da universalidade e a vindicação da particularidade, o conhecimento analítico e o experimental, a prescrição e a descrição.

A organização e implementação de sistemas de saúde de caráter nacional generalizou-se após a Segunda Grande Guerra. O empreendimento fez parte do envolvimento progressivo dos Estados nacionais na proteção social de seus povos, configurando-se no mundo ocidental diversas versões de Estado de Bem-Estar que tipologias de matizes variados têm tentado capturar.

A ordem *post bellum* apontava com otimismo para um avanço inexorável em direção a graus crescentes de igualdade sob a égide do Estado Benfeitor. Este, não obstante, em anos recentes vem sendo alvo de críticas ferrenhas, oriundas não somente dos setores conservadores, como era de se esperar, mas também de trincheiras da esquerda, acendendo um diálogo de surdos que bem reflete as *retóricas da intransigência* arrazoadas para os últimos duzentos anos por Hirschman (1992). O atual embate entre *reacionários* e *progressistas* com relação às reformas sociais ilustra o ponto: sejam realizadas ou não, as conseqüências serão desastrosas; mudar a ordem das coisas é inútil, mas igualmente fútil é opor-se à mudança porque é ir contra a história[1].

Essas argumentações remetem às lutas que hoje — e talvez mais do que nunca na América Latina — são travadas em torno da expansão dos direitos sociais. Referindo-se ao clássico estudo de Marshall[2] e à imagem bastante difundida, com base nessa leitura, de uma inexorável e progressiva expansão da dimensão sócio-econômica da cidadania como complemento natural e desejável da dimensão civil e política, Hirschman sublinha que os contratempos experimentados até agora pelo Estado de Bem-Estar Social são de fato *bastante leves se comparados aos furiosos ataques e os conflitos que se seguiram à afirmação das liberdades individuais no século XVIII ou à ampliação da participação política no século XIX*[3].

E ao evocar os movimentos ideológicos de ação e reação que têm estado na origem dessas lutas convulsivas — que com freqüência produziram retrocessos nos programas progressistas pretendidos e muito sofrimento e miséria humanos — Hirschman recorda a conhecida sentença de Whitehead dos anos 20: *Os principais avanços da civilização são processos que quase arruínam as sociedades em que ocorrem*[4]. Acrescenta que é essa afirmação, *mais do que qualquer relato de progresso suave e constante, que capta a essência* profundamente ambivalente *da história intitulada, de modo tão inócuo, de "desenvolvimento da cidadania"*[5].

Contrariando a vontade iluminista, estaríamos em verdade diante de uma história — tanto no mundo capitalista como no socialista — que, como argumenta Calvino (a propósito do realismo de Pasternak) *não é ainda bastante história, não é ainda construção consciente da razão humana, é ainda excessivamente um desenvolvimento de fenômenos biológicos, estado de natureza bruta, não reino das liberdades*[6].

Batalhas cruentas e prolongadas nos séculos passados terminaram em países como a Grã Bretanha (e por extensão no Canadá) em acordos entre bandos inimigos que conduziram à *pax social,* à construção e expansão da democracia formal e substantiva, em um evoluir que inspirara a seqüência marshalliana. Já as lutas latino-americanas, mais circunscritas e recentes, redundaram na hegemonia de elites pautadas apenas pelo egoísmo do interesse próprio e a acumulação depredadora, engendrando não somente o capitalismo pobre e a barbárie social mas também contra-hegemonias igualmente pérfidas (os *senderos luminosos* vêm à mente), embora os acontecimentos recentes de Chiapas no México estejam a infundir renovada confiança no poder do povo organizado perante a injustiça institucionalizada. Configurou-se em geral um Estado que, por meio de compromissos alicerçados na cooptação autoritária da classe trabalhadora tem sido, em diversos graus, mentor e reprodutor da exclusão, da ignorância e da violência.

E quando houve oportunidade de embarcarmos rumo à plena democracia, sucederam-se ditaduras militares empenhadas na modernização instrumental e teimosas em demonstrar a impossibilidade de que, entre nós, do terceiro mundo ibérico, pudessem lançar raízes os revolucionários princípios liberais de igualdade, liberdade e fraternidade. Foi assim fechada a passagem para essa modernidade normativa, substancial, que a tanto custo os países de capitalismo industrial democrático reafirmaram após a segunda conflagração mundial, exceto no sul da Europa. Aliás, o êxito ibérico em barrar as Reformas Protestante e Proletária, como lembra Morse (1988), nos teria interditado o caminho progressista e libertário da região ao norte do nosso continente[7]. A síntese que ensaia Rama é perfeita: aqui, *o ideal precedeu o material; o signo, as coisas; o traçado*

geométrico do plano, as nossas cidades; e a vontade política de explorar, o sistema produtivo[8].

No entanto, por outras vias não menos penosas, também no mundo socialista se impôs um pacto social pelo qual as elites ofereceram a perspectiva de bem-estar material em troca do silêncio e da conformidade.

A idéia de uma história inacabada e outra já pronta, apenas em fase de *retoques*, nos é sugerida por um traço que de certa forma distingue o conjunto de textos aqui reunidos. Por um lado, o enfoque eminentemente histórico, político e ajuizador das experiências da América Latina, ecoando reivindicações generalizadas de mais cidadania, de mais democracia para os povos da região. Por outro, a exposição enxuta e alheia a *realismos fantásticos* do caso do Canadá, que se centra em mostrar, com relação à província do Québec, a decisão oficial de melhorar os estándares da *performance* do Seguro Nacional de Saúde, já considerados entre os melhores de mundo. Como que a fazer uma ponte entre o desejo e a objetivação, o exemplo da Espanha resume as aspirações de uma nação empenhada em consolidar no campo médico-sanitário os êxitos alcançados no plano político com a redemocratização, remetendo os quarenta anos do *Caudillo*, encerrados melancolicamente há menos de duas décadas, a um longínquo passado.

As colocações acima aludem a uma perspectiva não só histórica mas também axiológica que tem implicações para a teoria e a interpretação dos dados da empiria ao estudarmos os sistemas de saúde. E é essa causalidade metodológica, se é que assim cabe denominá-la, que de certa forma diferencia as principais correntes no campo dos estudos comparados na nossa área. Cientes dos riscos das esquematizações binárias, podemos dizer que uma difundida vertente, originada da abordagem funcionalista e dual dos sistemas sociais, demonstra que todos os sistemas de serviços de saúde apresentam traços comuns, coincidentes e, simultaneamente, características singulares, divergentes. Os desdobramentos de tal enfoque na área dos estudos *cross-national* em saúde são óbvios: de um lado, há análises que enfatizam as convergências entre sistemas de saúde; de outro, há as que focalizam aspectos particulares dentro de cada um. E há, ainda, as abordagens críticas totalizantes ou holísticas que têm procurado superar dicotomias apontando para a dialética entre as dimensões do universal e do particular e, por extensão, entre as esferas do coletivo e do individual, do público e do privado, do político e do técnico. A tensão entre essas polaridades, enfim, veio a ganhar centralidade com a *politização* da própria questão da saúde e a assistência médico-sanitária desde fins dos anos 60 e 70 em diante[9].

Mas a utilização de qualquer uma dessas perspectivas vem exigindo doses progressivas de elaboração não somente por causa da complexi-

dade da sociedade industrial contemporânea. Também a medicina passa por profundas e aceleradas transformações. No âmbito da assistência médica alguns fenômenos são notórios e sabidos: a crescente complexificação tecnológica; a pluralização organizacional de serviços de saúde cada vez mais submetidos à impessoalidade burocrática; a ascendência da profissão médica e a dominância de suas associações corporativas no *policy making* setorial, fenômeno sem paralelo em outras áreas de política pública. Acrescentam-se a tudo isso os novos desafios para a ciência, a medicina, a ética e a cultura colocados pela Aids, a longevidade da população, os experimentos em reprodução humana e a engenharia molecular.

A tese da convergência/divergência implica uma imagem de duas linhas que caminham paralelas ou bem tendem a separar-se ou a juntar-se[10]. Por um lado, cada sistema de saúde é único uma vez que é o resultado da história da respectiva nação, aí compreendida a primazia de ideologias coletivistas ou individualistas portadas pelos atores fundamentais organizados, o nível de desenvolvimento sócio-econômico e a capacidade dos governos de implementar as políticas formuladas, entre outros fatores.

Por outro lado, todos os serviços de saúde recebem e incorporam influências universais tais como o enfoque científico da doença e a medicina, a aceleração do avanço tecnológico, a crescente especialização e subespecialização no campo médico. Também apresentam similaridades provenientes da natureza universal do processo de produção de saúde e do fato de terem que satisfazer, com recursos limitados, uma demanda virtualmente insaciável por cuidados médicos.

Além disso, são indiscutíveis tanto o desafio técnico-organizacional colocado pelas mudanças experimentadas nas décadas recentes no perfil de morbimortalidade da população mundial quanto o desencanto diante da constatação do papel limitado que desempenham os sistemas médicos na elevação das condições de saúde. Estas, como bem mostram as tendências positivas dos indicadores sanitários dos países latino-americanos apesar do agravo da pobreza, são antes de tudo o produto da interação de múltiples fatores demográficos, sócio-econômicos, culturais, estilos de vida etc., e de medidas de caráter coletivo tais como a imunização em massa e o saneamento do meio.

O processo de produção de saúde, por sua vez, envolve grandes contingentes de recursos humanos e o emprego maciço de medicamentos, insumos, instrumental e equipamentos. Contudo, poderão ser encontradas diferenciações fundamentais em nível nacional, segundo o estágio de desenvolvimento e efetividade, tanto do aparelho formador e qualificador da força de trabalho em saúde, como das indústrias e empresas forne-

cedoras de bens e serviços para o sistema prestador de cuidados preventivos, curativos e reabilitadores.

Entretanto, independentemente do grau de nacionalização da tecnologia utilizada na atenção à saúde, um paradoxo mundial enfrentado pelos *policy makers* e administradores financeiros é o fato de que, ao contrário da produção fabril em massa, a incorporação de tecnologia moderna no processo de produção de saúde não se traduz na substituição de procedimentos e mão-de-obra. Esse fenômeno, peculiar ao campo da assistência médica, é em boa medida responsável pela acelerada *inflação de custos*, problema que hoje concita o interesse de estudiosos das mais diversas disciplinas e correntes ideológicas. Pequenas revoluções tecnológicas tornaram-se indispensáveis para a acurácia do diagnóstico médico, por exemplo. Porém, essa nova parafernália não eliminou as baterias de exames complementares tradicionais exigidas do paciente no cotidiano dos consultórios. Aliás, é aqui onde se concretiza a grande contradição das políticas de saúde. Como tais, deveriam atender ao interesse geral da sociedade por meio dos sistemas de saúde. Mas, em maior ou menor medida, e segundo a experiência histórica de cada país no exercício do controle político sobre o monopólio do conhecimento médico e o corporativismo profissional, é na relação médico-paciente que a esse interesse maior se contrapõe a ideologia individualista de um profissional formado dentro de uma concepção mundial medicalizada, tecnologizada e hiperespecializada de abordagem e tratamento do evento pessoal e único que é o de buscar bem-estar físico e mental e alívio para a dor.

Há ainda outros elementos não menos importantes que incidem na lógica geral dos sistemas de saúde. Entre eles se pode mencionar a conformação de um verdadeiro sistema global em saúde, impulsionado pela maçica difusão uniformizante de conhecimentos, informações e valores por meio de uma pujante indústria mundial de eventos, literatura e propaganda promovida por organizações internacionais. Mas o precedente é bem mais antigo e tem a ver com a imitação de experiências forâneas. Aqui podemos lembrar a tradicional e deliberada política imitativa do Japão, que já na *restauração* Meiji foi buscar em 1870 na Alemanha os conteúdos do ensino médico e o modelo de organização de seus serviços de saúde[11]. Igualmente, na América Latina há semelhanças quanto à intervenção estatal na constituição dos serviços nacionais de saúde pública nas primeiras décadas deste século, como mostrou García (1981; 1982)[12], cuja racionalidade técnico-organizacional baseava-se à época em paradigmas de combate às grandes endemias difundidos por organizações internacionais como a Oficina Sanitária Pan-Americana e a Fundação Rockefeller.

Hoje observamos idêntico processo em relação às estratégias de Aten-

ção Primária e à montagem de Sistemas Nacionais de Saúde. De fato, como sucedeu em muitos países capitalistas ocidentais que não seguiram o modelo escandinavo de seguro saúde de cobertura universal ou de serviço nacional do modelo inglês, a começar pelos Estados Unidos, no contexto latino-americano não prosperou um modelo assistencial único após a expansão dos regimes de seguridade social dos anos 20 em diante. Salvo o caso mais aproximado do Chile de um serviço nacional público e gratuito vigente de 1952 até 1980, no resto do continente subsistem em geral sistemas com configurações internas muito heterogêneas. Daí que as pressões pela uniformização sejam colocadas como imperativo para acompanhar a tendência mundial à montagem de organizações médico-sanitárias unitárias, nacionais e universais que, contudo, preservem o *mix* público/privado preexistente ou mesmo reforcem o mercado privado, que descentralizem a gestão para o nível local e focalizem os parcos recursos disponíveis nos grupos mais pobres.

Embora os esquemas e problemas de financiamento dos serviços de saúde sejam sobejamente conhecidos em todo mundo, os mecanismos diferem tanto entre os países que é quase impossível apreendê-los em umas poucas categorias classificatórias. Mas, além disso, se em toda parte a racionalização financeira envolve questões políticas de primeira importância por causa dos fortes interesses constituídos no complexo médico-industrial, na maioria dos países latino-americanos a alocação de recursos para a saúde, e de resto para toda a área social, é adicionalmente constrangida pela reduzida capacidade extrativa dos Estados nacionais, além da imensa subtração de recursos que significa o pagamento da dívida externa.

As instâncias de explicação dessa infinidade de fenômenos dependem muito mais do referencial analítico e da lente ideológica do pesquisador do que de leis inexoráveis do desenvolvimento dos sistemas de saúde. As dimensões do problema refletem-se claramente nos estudos comparados na área da saúde: há crescente proliferação de tipologias que pretendem enquadrar com pouco êxito a diversidade existente; há grande dissenso quanto às variáveis determinantes das semelhanças e diferenças entre sistemas; tem sido escassa a contribuição que as análises comparativas têm dado para a construção de uma teoria mais geral das políticas, dos sistemas e das reformas na saúde, embora a contemporaneidade, marcada pela pluralidade, esteja talvez tornando obsoletas tais pretensões totalizantes.

Heidenheimer, Heclo e Adams (1975) afirmam que a evolução dos serviços de saúde no mundo *não mostra qualquer coisa parecida a um imperativo seqüencial*[13]. A tal assertiva podemos agregar que os signos mais reveladores do nosso tempo são os da incerteza e a heterogeneidade (a

fragmentação e a flexibilidade, acrescentariam os pós-modernos) que, em paradoxo, vêm acompanhando a generalização das instituições democráticas e a globalização dos mercados, mesmo o da saúde. Se a esses sinais acrescentarmos o *véu* da nossa ignorância, não é arriscado afirmar que quaisquer predições quanto ao futuro das reformas na saúde não passam de especulações.

Em breve disgressão: quem se arriscaria a apostar que nos Estados Unidos vingarão os planos para a implantação de um seguro-saúde que cubra aos cerca de quarenta milhões de norte-americanos que hoje não têm acesso a cuidados médico-hospitalares? A proposta de um seguro nacional de saúde patrocinado pelo governo federal surgiu pela primeira vez em 1912 e desde os anos 30 tem sido ponto de honra do Partido Democrata. Hoje o seguro saúde é reassumido como prioridade no programa do Presidente Clinton, após a era de *reaganomics*, a redescoberta das forças do mercado, a escolha racional do consumidor e a livre concorrência. Isso, num país onde tradicionalmente têm imperado os valores da ideologia liberal, do não intervencionismo estatal e do antiplanejamento governamental, especialmente no campo da medicina e da oferta e financiamento da atenção à saúde — ao contrário da educação, que sim é um direito social há tempo consagrado.

Dados esses precedentes, seria ousado asseverar que desta vez a poderosa AMA (American Medical Association) e seus aliados tais como associações de hospitais e de companhias de seguros privados e congressistas conservadores, serão derrotados. A não ser, é claro, que *incentivos seletivos*, como diria Olson (1982)[14], sejam oferecidos a essas influentes organizações de interesse para que a ação coletiva se torne favorável ao desejo da maioria da população e à iniciativa do novo governo nesse jogo de xadrez multidimensional que é o processo de decisão e implementação de políticas públicas nas democracias pluralistas.

Se assim não acontecer, talvez leve ainda um bom tempo para o sistema de saúde norte-americano mostrar traços de maior convergência com seus congêneres dos países avançados da Europa no acesso a uma assistência à saúde competente e adequada *independentemente da capacidade de pagamento das pessoas*. Mesmo porque esta noção já faz parte da ideologia do *welfare state* desenvolvida ao longo do século XX na imensa maioria das nações, do primeiro ao terceiro mundo. Em poucas palavras, o país mais rico do planeta, o mais avançado em medicina e o que mais gasta em saúde em dólares *per capita*, precisa alcançar patamares condizentes de eqüidade e eficácia no que se refere à assistência à saúde de toda a sua população.

Se pudéssemos situar os sistemas de saúde dos países industrializados num contínuo de menor a maior regulação estatal, o dos Estados Unidos

claramente ficaria num pólo e o da ex-União Soviética no outro. Este segundo caso ilustra bem os pontos em discussão a respeito das teses da dualidade já aludidas e as incertezas do futuro, a par que nos deixa margem para uma disgressão adicional.

Após a Revolução Russa, e de meados dos anos 30 em diante, o sistema de saúde soviético alcançou conquistas sem paralelo no mundo na superação espetacular das péssimas condições de saúde do povo herdadas do czarismo. De acordo com Davis (1989), o sistema mostrou convergência com os traços universais já mencionados: os cientistas biomédicos utilizaram as modernas teorias científicas sobre doença e medicina, os clínicos passaram a empregar técnicas preventivas e curativas reconhecidas internacionalmente e os serviços funcionaram segundo um processo de produção de saúde universal organizado com base nos princípios socialistas de direito universal à saúde, o que se traduziu num sistema nacional estatal singular em sua organização e paradigmático em eqüidade. O sistema foi influído igualmente pelos desenvolvimentos reais ocorridos no resto do mundo como a demanda crescente da população por serviços médicos e pressões para conter os custos.

Tal convergência, segundo o mesmo autor, começou a diluir-se em meados dos anos 80 por causa dos efeitos a longo prazo da combinação de fatores tais como o sistema político soviético, as imperfeições do planejamento da economia socialista e várias outras circunstâncias sociais e traços culturais que terminaram por produzir serviços de saúde cujo desempenho apontou características e problemas diferentes dos de outras nações industrializadas: padrões epidemiológicos revelando alta incidência tanto de doenças infecciosas como degenerativas; efetivo controle de custos e forte restrição de recursos; renitente e crônica carência de serviços médicos e de insumos; uso generalizado de medidas de racionamento; progresso tecnológico de impacto limitado no sistema de saúde e baixo nível de inovação tecnológica endógena; ineficácia no acompanhamento das mudanças no perfil epidemiológico. As influências universalistas, enfim, começaram a sofrer mutações no contexto soviético, o que resultou no desenvolvimento lento e gradual do sistema de saúde ante as rápidas transformações que experimentavam os de outras sociedades industrializadas[15].

Mas, como separar esse diagnóstico do processo mais amplo, profundo e dramático de desintegração do *socialismo real?* Nenhum cientista político no mundo anteviu o pacífico colapso desse ambicioso projeto histórico de satisfazer as necessidades humanas de forma racionalmente administrada. Ainda que os problemas observados por Davis (1989) em relação ao sistema de saúde soviético sejam verdadeiros, não podem ser considerados apenas como inerentes à combinação perversa de sua lógica

interna de funcionamento com a do sistema político burocrático. Porque tudo isso fez parte de um gigantesco e despercebido movimento de implosão do comunismo, de longa data em curso.

Como pôde mostrar Przeworski (1992), *ex post*, nos anos 60 ficou evidente para as lideranças soviéticas que o pacto social comunista se baseava implicitamente na premissa de que o socialismo já não era um modelo de um novo futuro mas alguma outra coisa subdesenvolvida[16]. Assim, a meta colocada pelos dirigentes foi elevar a U.R.S.S. ao patamar da Grã Bretanha. Nos anos 70, a Europa ocidental tinha-se convertido no estándar de comparação; mas a comparação tornara-se crescentemente humilhante. O mesmo autor mostra que apesar de a ex-União Soviética (e os países socialistas em geral) ter maior número de médicos *per capita*, mais alunos matriculados nas escolas e mais construção de habitações, a taxa de mortalidade geral aumentou entre 1960 e 1985, exibindo ainda o fato singular de a expectativa de vida se ter encurtado em dois anos nesse período. Além disso, o sistema de saúde soviético foi afastando-se da pedra angular de seus fundamentos, a eqüidade, ao gastar nos anos 80 cinco vezes mais nos hospitais específicos para a *nomenklatura* do que nos estabelecimentos para os cidadãos comuns[17].

Tanto quanto no exemplo dos Estados Unidos, seria aventurado fazer prognósticos sobre o futuro dos sistemas de saúde das repúblicas integrantes da nova Confederação Russa. Mas como nenhum sistema médico-sanitário pode ser construído *ex novo*, parece improvável que a *transcrição* com sinal contrário das respectivas economias ao capitalismo de mercado (e sua correspondente estrutura social) consiga reverter completamente as características apontadas por Leichter (1980) de uma assistência sanitária adequada, universalmente acessível e disponível que foram impressas em todos os níveis e componentes do outrora gigantesco sistema de saúde soviético.

Se os países do Leste europeu mostraram a inviabilidade do socialismo nos moldes que fora implementado, a América Latina denuncia a irracionalidade do capitalismo, exponenciada na versão *dependente associada* dirigida pelo Estado. Em ambas as experiências falhou o imperativo estatal de gerar o crescimento auto-sustentável. Mas as diferenças são notáveis: as nações desta região carregaram uma dívida social incomensurável cujo maior desafio é resgatá-la; já nos países do ex-bloco socialista trata-se de defender as conquistas sociais da avalancha das reformas econômicas excludentes que estão sendo realizadas.

Com a onda democratizante que varreu as ditaduras dos últimos vinte anos, condições novas e potencialmente favoráveis se apresentaram para que mudanças de peso tivessem algum grau de êxito. Ao ser empreendida a travessia para a recuperação das liberdades civis e políticas, tiveram

que ser refeitos os pactos de dominação, as alianças de classe e os contratos sociais. Entretanto, um fenômeno não antecipado veio a interferir nos desígnios de um destino socialmente mais justo: a ascensão da Nova Direita e seu projeto ideológico liberal mas de conteúdo conservador. Incubado nos tempos do pós-Segunda Guerra, quando o capitalismo ingressou no mais dinâmico *boom* de sua história, o neoliberalismo forneceu argumentos doutrinários e instrumentos tecnocráticos para enfrentar as recessões mundiais dos anos 70 e 80 e receitas prontas quando da queda do Muro de Berlim.

Mas como nenhum movimento político realiza exatamente o que se propõe levar a cabo, e nenhuma teoria social prevê jamais o que irá justamente ocorrer, a *real Politik* do liberalismo conservador terminou por adotar muitos dos elementos renegados na doutrina, ante o mal-estar estrutural produzido por recessões ainda não superadas: monitoração pelo Estado dos equilíbrios macroeconômicos, garantia de paz social por meio de programas de bem-estar, ampliação da democracia política a todos os adultos[18]. As experiências pós-transição democrática da Espanha e do Chile ilustram bem o ponto.

O neoliberalismo, na sua versão mais reacionária, hoje campeia no nosso continente. Mas a meta de refundar toda uma nação sobre esses postulados teve até agora tradução concreta somente no Chile, graças às condições excepcionais de repressão dos contrários e autonomia dos decisores para ensaiarem experimentos em todos os âmbitos da sociedade. Desse modo, trata-se de uma experiência paradigmática porém isolada no mundo não socialista de tentar remodelar estruturas, mentalidades e comportamentos de uma vez e para sempre. E por isso mesmo, impossível de copiar.

Todavia, o efeito-demonstração exercido por esse país no continente e alhures tem tido inegável força, especialmente no que diz respeito à privatização parcial ou total de programas de proteção social. Isto vem sendo feito notadamente em relação aos fundos de benefícios previdenciários por causa da massa imensa de recursos financeiros envolvida. Tais recursos, segundo a ideologia justificadora, podem ser investidos no sistema produtivo por agentes privados com frutos bem mais compensadores não somente para a economia mas também para os indivíduos e a sociedade posto que a capitalização personalizada promove o interesse próprio e pulveriza *o gatilho da luta de classes*[19]. Apenas podemos comentar *en passant* que a transferência compulsória no Chile de todos os cidadãos (exceto os membros das forças armadas e polícias) para fundos de pensão privados à escolha do contribuinte e baseados na capitalização individual, foi uma decisão inédita no mundo até então (1980) e cujas conseqüências tão-somente poderão ser avaliadas quando

o novo sistema alcançar certa maturidade, calculada em torno do ano 2020. Até lá cabe apenas torcer para que os resultados não intencionais da *mão invisível* do mercado smithsoniano se expressem positivamente no sentido de os pecúlios dos chilenos não se desmancharem no ar, para dizê-lo por metáfora.

Já a discussão sobre a privatização no setor médico-assistencial envolve particularidades que merecem maiores comentários. Não somente porque a pressão privatizante faz parte da onda conservadora que varre o mundo mas também porque é uma preocupação focal das contribuições que fazem parte deste livro. Aliás, conforme a teoria da dualidade, a tendência à privatização seria mais um traço universal a assemelhar os sistemas de saúde, todos premidos por uma crise de custos, ficando o conteúdo das medidas por conta das especificidades políticas, econômicas e culturais nacionais. Mas esta generalização dilui a real complexidade de problemas para os quais a privatização é uma solução extremamente pobre e simplista.

Assinalaremos a seguir alguns pontos que fazem parte do interminável e confuso debate sobre a privatização.

Em primeiro lugar, não temos notícia de que no mundo capitalista (e mesmo em boa parte do ex-bloco socialista) existam sistemas de assistência médica que não tenham segmentos em mãos privadas, seja como resquício legal ou informal de suas próprias origens nos séculos passados ou, mais modernamente, pela introdução de seguros privados, variando muito sua importância relativa de um país a outro. Mas a tendência no pós-segunda guerra não tem sido a da expansão crescente do mercado privado na saúde e sim a do Estado, que teve papel crucial na configuração de sistemas nacionais assistenciais, de seguro-saúde e combinações desses tipos, mediante envolvimento direto e/ou patrocínio financeiro e a regulamentação legal para os sistemas privados operarem.

Dessa forma, a pergunta que cabe fazer — e que as análises comparadas em geral têm negligenciado — refere-se ao papel cumprido pelo Estado (ou os governos) na configuração e manutenção dos serviços de saúde[20]. É justamente pela importância e visibilidade desse papel que a onda neoliberal está colocando-o em xeque e tentando reduzi-lo, sob alegação de pretensa ineficiência e grande desperdício nos empreendimentos estatais. Mas esses argumentos são insustentáveis em vista da luta que hoje travam os usuários de planos de saúde em toda parte pela eliminação das inúmeras seletividades desses contratos, que alijam de seus benefícios grupos de cidadãos como os doentes crônicos e os idosos por exemplo.

Além disso, a privatização em geral requer um Estado forte, como têm demonstrado o México e o Chile. Mas, adicionalmente à exigência de um Estado com grande capacidade de regulação das condutas dos agentes

privados, estes por sua vez devem ser capazes, como até recentemente se deu nos Estados Unidos, de se auto-regularem impondo aos membros das organizações representativas de seus interesses alto grau de disciplina e de subordinação aos acordos éticos, econômico-financeiros e comportamentais necessários à livre concorrência no mercado.

Em verdade, a privatização é um problema crucial de política pública que as discussões a respeito vêm ofuscando e distorcendo por causa em boa medida da dominância do paradigma neoclássico da microeconomia e sua ênfase excessiva no mercado, embora a realidade venha mostrando de forma irrefutável que as leis da oferta e da demanda e a soberania do consumidor não operam na saúde (como de resto em muitas outras áreas) conforme a teoria preconiza. E mais. Tal paradigma tem contaminado o próprio campo dos estudos comparados em saúde, que tendem a analisar os serviços assistenciais por meio das leis de mercado e a enfatizar enfoques de nível micro de médicos e hospitais. Isso porque, como apontam Hollingsworth et al. (1990), para a teoria neoclássica o Estado seria um produto e não o agente ativo que transforma e modula a *oferta*, a *demanda*, os *preços* e a própia *racionalidade econômica*. Aliás, as mudanças na intervenção do Estado no atendimento à saúde, sobretudo no que tange ao planejamento, à coordenação, ao controle e ao financiamento dos serviços, tornam-se incompreensíveis caso o papel estatal seja reduzido à mera administração das *imperfeições do mercado*[21].

Em segundo lugar, cabe esclarecer do que estamos falando quando nos referimos ao termo *privatização*. Este é um conceito mais amplo do que a teoria dos mercados quando referido aos serviços sociais posto que implica tanto atividades de mercado como de não mercado. Como exemplo lembrem-se as restrições ao livre mercado em saúde impostas pelo Estado mediante o licenciamento de médicos e hospitais e o estabelecimento de estándares para os hospitais e a educação médica. A lógica subjacente aos argumentos dos proponentes da privatização gira em torno de mercados: médicos e hospitais no setor privado seriam bem mais eficientes se competissem entre eles do que em um sistema no qual os médicos são empregados e os hospitais pertencem ao Estado.

Mas talvez os maiores problemas enfrentados na discussão sobre a privatização e seus efeitos residam na total discordância a respeito de sua definição conceitual e na extrema ideologização do debate. Este segundo fato, aliás, não tem deixado margem para o estudo e a avaliação imparcial desse processo nos países onde efetivamente ocorreu. Para contornar esse impasse os analistas tendem hoje a colocar a privatização muito mais em seu conteúdo e nos elementos passíveis de ser privatizados (i.é., financiamento, provisão de serviços, gerenciamento) do que de seu continente, o que por sua vez vem redundando em profundas mu-

danças na linguagem, crescentemente economicista e tecnocrática, que permeia as modernas abordagens dos sistemas de saúde, seus problemas e soluções.

No entanto, e a modo de registro, pode-se anotar a definição de Weldon (1984) para quem a *privatização* consiste na *transferência de autoridade, decisão e poder do Estado para organizações privadas e especialmente (mas* não *exclusivamente) para o aparato do mercado*[22]. Sodestrom (1987) salienta três aspectos principais dessa definição: primeiro, refere-se a uma ampla gama de funções governamentais, de forma que a privatização pode envolver mais do que somente uma transferência de propriedade do setor público ao privado; segundo, não implica que essa transferência deva ser para o mercado, e neste sentido a exigência de co-pagamentos dos usuários dos serviços públicos seria uma forma de privatização; terceiro, não considera uma característica peculiar do setor saúde: muitas organizações que provêem serviços pessoais de saúde não são nem propriedade do governo nem de organizações com fins de lucro, o qual levanta várias questões que não são porém substantivas para a discussão[23].

Diga-se de passagem que a contribuição de Sodestrom constitui uma precisa e bem documentada demolição de cada um dos muitos argumentos esgrimidos pelos defensores da frustrada privatização do sistema de saúde canadense. Mas basta a experiência da afluente sociedade norte-americana para observar até que ponto um sistema médico-assistencial pode ser irracional, oneroso e excludente quando deixado ao jogo das forças do mercado, que porém nada tem de livre porque dominado por poderosos conglomerados que competem entre si, é verdade, mas pela captura das empresas e dos consumidores que, sim, podem pagar por planos de saúde cada vez mais caros.

Com relação às exposições desta coletânea, a leitora ou leitor poderão apreciar que o conjunto aqui reunido constitui excelente primeiro passo para apreender em que medida cada sistema de saúde constitui um produto histórico único da combinação intervenção estatal-setor privado, a forma como essa relação tem mudado em cada país e o respectivo *estado da arte* na conjuntura atual bem como os muitos desafios e problemas que os serviços compartilham. Em maior ou menor medida, os exemplos mostram alguns pontos comuns a respeito dos quais vale a pena tecer comentários genéricos.

— Em todas as experiências analisadas o Estado tem cumprido papel central na montagem dos sistemas de saúde. Mas as configurações resultantes, tão distintas entre si, podem ser explicadas muito mais com base no entendimento das instituições políticas e do padrão de relações Estado/sociedade constituídas em cada nação (o qual por sua vez modela

o sistema setorial de intermediação de interesses organizados) do que por quaisquer outros fatores como os econômicos ou outras instâncias como o mercado. Acresce a especificidade do caso norte-americano, que pode ser em boa medida atribuída à organização político-administrativa do país, que preservou historicamente a autonomia local e estadual perante um poder central pouco invasivo. Daí também derivaria a multiplicidade de iniciativas privadas na esfera da saúde nos Estados Unidos, às quais veio juntar-se tardiamente o Estado para desempenhar papel coadjuvante justamente para *corrigir* as distorções do mercado e impor maior controle político sobre os agentes econômicos e profissionais. Ampliar esse controle seria um dos objetivos básicos das atuais propostas de reforma, mas não somente nesse país como também no Chile, após a fragmentação e dispersão introduzidas pelas políticas privatizantes e municipalizadoras da ditadura.

— Os vetores estruturantes das reformas sociais preconizadas pelo neoliberalismo não se resumem à privatização. Também fazem parte do cardápio recomendado para a América Latina as já mencionadas medidas de focalização dos programas sociais nos grupos carentes e a descentralização dos serviços públicos. O Programa de Solidariedade do México e o de Combate à Extrema Pobreza no Chile ilustram bem estratégias de focalização politicamente bem-sucedidas. Quanto à descentralização, segundo Issuani (1990) *é concebida como um modo de aumentar a eficiência e a eficácia de gasto, já que aproxima problemas e gestão,* além de induzir *a interação, no nível local, dos recursos públicos e dos não governamentais, para o financiamento das atividades sociais,* ampliando-se enfim *a utilização de formas alternativas de produção e operação dos serviços, mais facilmente organizadas nas esferas municipais*[24].

De qualquer forma, a descentralização na área social — apesar da ambigüidade de definições e da pugna política que envolve — é um processo concreto em muitos países e já faz parte dos esforços de modernização e desburocratização do Estado e de aproximação das portas de entrada dos sistemas de educação e saúde em particular às populações locais. Quanto ao setor saúde, pode se afirmar que o grau de êxito da tendência atual à radical descentralização dos serviços depende em cada país muito mais do padrão histórico de relacionamento poder central/unidades político-administrativas e da existência ou não de uma cultura societal comunitária do que da capacidade da autoridade central de impor uma nova racionalidade centrífuga aos serviços. Por exemplo, a autonomia das províncias canadenses e das comunidades espanholas tem sido fator decisivo no êxito da descentralização nesses países. Diferentemente, no caso brasileiro tal processo se vê enormemente dificultado porque faz parte de um gigantesco movimento de conflitiva redistribuição do poder

público e responsabilidades executivas entre o nível nacional, o estadual e o municipal, em meio a uma cultura societária em que os serviços públicos são vistos pelo povo muito mais como favores e prebendas que como direitos de cidadania.

— Como que a confirmar a experiência mundial, os esquemas coletivos de participação local desenhados notadamente no Québec, na Espanha e no Brasil, simplesmente não funcionam ou o fazem muito precariamente. Este ponto, quando presente na literatura sobre sistemas de saúde, é justamente referido no sentido da falência dos dispositivos de participação, independentemente das tradições mais ou menos democráticas e societárias nacionais. Curiosamente, até agora não parece haver questionamentos sobre o motivo pelo qual os *usuários* de todas as latitudes se recusam a excercer o papel de *controladores sociais* que lhes é atribuído pelos reformadores. É provável que se trate de uma percepção idealizada (e ideologizada), que olvida o fato de as pessoas se agruparem e mobilizarem segundo interesses que lhes confiram alguma identidade comum, como mostram as associações de diabéticos, de safenados ou de portadores de dor de cabeça! Sem dúvida, o inescrutável e enfadonho funcionamento dos serviços de saúde não chegou ainda a despertar o interesse das comunidades, nem entre nós nem na Inglaterra, como ironicamente mostra Klein[25].

— Em todos os países sob análise existe um subsetor privado prestador de serviços de saúde. Mas o seu desenvolvimento, a composição interna entre o segmento voluntário e o lucrativo bem como o grau de expansão do segundo, a interação com o sistema público e a disciplina na relação público/privado dependem muito mais do poder regulador do Estado e de sua capacidade histórica de *enforcement* no resguardo do interesse geral do que de fatores ligados à pura lógica da acumulação capitalista. A melhor ilustração desse argumento a temos no Brasil, que é uma exceção mundial quanto à desmesurada extensão de um setor privado assistencial lucrativo, mesmo se comparado com os Estados Unidos. No caso brasileiro a medicina privada organizada cresceu inicialmente na base da compra de serviços por parte dos institutos previdenciários. Com a absorção destes pelo Estado nos anos 60 e o surgimento da medicina de grupo, o empresariado privado se expandiu desordenadamente ao amparo da carência de um sistema estatal regulador, controlador e fiscalizador abrangente e racional, estabelecendo-se ainda práticas espúrias de interação público/privado na compra-venda de prestações de saúde. Fatos como a falência da infra-estrutura pública que acompanhou o crescimento indiscriminado do segmento privado e as contas fraudulentas, hoje constituem sérias ameaças ao projeto de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

— Igualmente comuns aos países em estudo são os problemas relativos ao financiamento e à administração dos serviços de saúde, o que tem dado margem para se proporem soluções tais como: a introdução de *mercados competitivos* no interior dos serviços, em especial na área hospitalar em que os estabelecimentos seriam convertidos em uma espécie de *unidades empresariais autônomas*, de direito privado; a implantação de esquemas de co-pagamento por parte dos usuários; e a concessão de *bônus* públicos ou subsídios fiscais à demanda para solver a compra de planos de saúde privados por parte das populações carentes ou de baixo poder adquisitivo, tal como recomendam as agências internacionais e o figurino neoliberal. Afora as peculiaridades do mercado em saúde dos Estados Unidos, as duas primeiras medidas não foram implementadas em nenhum dos países estudados, nem mesmo durante a ditadura no Chile, mantendo-se contudo como propostas permanentes dos arautos da privatização.

Já em relação à transferência do ônus financeiro aos usuários, o Chile foi o único país a mudar radicalmente a composição das fontes de financiamento, passando a onerar pesadamente a população segundo as faixas de renda, a par que isentou o capital de qualquer contribuição e retraiu significativamente a participação fiscal. No resto dos casos, ou não se concretizaram ainda medidas nesse sentido ou, onde existem, não mostram padrão claro de efetivação e resultados. O que se observa sim é, por uma parte, a introdução de mecanismos como o *plus* (Argentina) ou seu escalonamento por níveis de especialização (Chile) a serem pagos pelos usuários de regimes de livre escolha aos médicos, como uma forma de complemento de honorários. Por outra, há uma clara expansão em diferentes graus dos seguros de saúde privados, que encontram um mercado propício nas classes médias (o que de antemão define os limites estruturais desse mercado). Esse contigente de famílias e pessoas busca alternativas de atendimento de melhor qualidade e eficiência do que o oferecido pelos serviços públicos, na maioria dos casos enfrentando sérias dificuldades de acesso evidenciadas por longas filas de espera. Esse fato, aliás, sintetiza os entraves gerenciais comuns a serviços assistenciais cada vez mais abrangentes, massificados e custosos, que vêm sendo enfrentados com medidas racionalizadoras em várias frentes, até mesmo a terceirização de serviços auxiliares na área hospitalar, como alimentação, limpeza e manutenção. Contudo, carecemos ainda de avaliações a respeito das reais economias obtidas com a introdução desses procedimentos.

— Contrariamente às tendências mundiais da realidade atual, os ataques ao *welfare state* incluem propostas de desmonte de serviços nacionais públicos, universais, integrais e financiados com recursos gerais da nação. Mas são justamente esses sistemas, exemplificados pelo NHS inglês

e, nesta coletânea, pelos sistemas do Québec e da Espanha, os que melhor vêm dando resposta a todos os problemas mencionados acima, mesmo em relação à questão dos custos crescentes na medicina. Todavia, não somente o pacto social distributivo que fundamenta esses sistemas hoje está em revisão. Também o compromisso político corporativo que alicerça todo e qualquer sistema de saúde está sendo reprocessado, sobretudo quando a crise afeta os interesses de uma profissão como a médica, de alto prestígio, com grande capacidade para fazer predominar seus valores liberais e técnico-científicos e que não está disposta a abrir mão de prerrogativas e direitos adquiridos. Para isso, os médicos contam com fortes organizações corporativas cuja dinâmica de intermediação é indispensável considerar visto que, junto com a intervenção do Estado e em conflituosa interação com este, têm constituído historicamente as forças que modelaram os serviços e programas de saúde. Dos estudos apresentados, os da Argentina, do Chile e, em menor medida, o do Québec e o da Norte-América referem-se a esse aspecto, mostrando a importância de se conhecer o sistema setorial de representação e intermediação de interesses profissionais, empresariais e outros para avançarmos na compreensão da evolução dos sistemas de saúde e das possibilidades e limites das reformas.

Reiterando, as respostas para os tantos conflitos que enfrentam os sistemas de serviços de saúde certamente não passam pela privatização, ainda que alguns mecanismos para maior flexibilidade gerencial possam ser adotados. Como já se disse, tais respostas remetem à dinâmica do sistema político democrático, à renovação pluralizante das instâncias de mediação entre Estado e Sociedade e à resolução (sempre temporária) do conflito distributivo entre as classes, num jogo cujos resultados não mais podem ser de soma-zero e sim o produto de negociações e consensos nos quais os atores acatam as regras do jogo e aceitam os ganhos e as perdas.

Nesse sentido, a frase da epígrafe alcança pleno significado em países como os da América Latina, mergulhados na pior crise econômica de sua história ao tempo que a democratização de todas as instâncias da sociedade se tornou um imperativo. As experiências da Argentina, do Chile e do Brasil e não menos a do México mostram com eloqüência a necessidade de diálogo e de reconhecimento do *outro* como interlocutor válido e legítimo, para enfrentar a questão crucial de nossas sociedades: como sair da miséria, da exclusão econômica e da involução produtiva, antes que a desintegração do tecido social termine por abalar as democracias recém-reconstruídas ou frear os anseios de pluralização política que com força exigem os mexicanos.

Como conciliar democracia, crescimento econômico sustentável e justiça social é o grande dilema que está enfrentado a humanidade neste

fim de século e que ocupa lugar central nas preocupações acadêmicas na América Latina e no resto do mundo. O futuro é incerto. Mas o caminho para enfrentar as incertezas não requer somente *fortuna*. A *virtù* é fundamental, como bem ensina Maquiavel. Por enquanto, nestas latitudes, estamos com grandes déficits nesses requisitos indispensáveis para alcançar a modernidade... antes que a propalada pós-modernidade também nos atropele.

E para terminar. Nestas considerações introdutórias — os leitores terão percebido — omitimos a exegese das exposições contidas neste livro. Tentamos assim escapar da redundância, tendo em vista a advertência de Calvino: *existe uma inversão de valores muito difundida segundo a qual a introdução, o instrumental crítico, a bibliografia são usados como cortina de fumaça para esconder aquilo que o texto tem a dizer e que só pode dizer se o deixarmos falar sem intermediários que pretendam saber mais do que ele*[26].

A nossa única certeza quanto a esta apresentação é que deliberadamente evitamos interditar todo e qualquer acesso aos autores. Assim poderá confirmá-lo a leitura destas oportunas e enriquecedoras contribuições ao debate sobre os desenvolvimentos, as vicissitudes e perspectivas dos sistemas de serviços de saúde.

Notas

1 HIRSCHMAN, Albert O. (1992) *A retórica da intransigência*. São Paulo, Companhia das Letras.

2 MARSHALL, T. H. (1976) *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar.

3 HIRSCHMAN (1992) Op. cit., p. 12.

4 WHITEHEAD, Alfred N. (1959) *Symbolism*. Nova York, Capricorn. Apud Hirschman, Ibid., p. 13 Agregue-se que para este autor a citação seria totalmente verdadeira se não fosse pelo *quase!*

5 HIRSCHMAN, Ibid. Grifos no original.

6 CALVINO, Italo (1991) *Por que ler os clássicos*. São Paulo, Companhia das Letras, p. 201.

7 MORSE, Richard M. (1988) *O espelho de Próspero*. São Paulo, Companhia das Letras.

8 RAMA, Angel (1984) *La ciudad letrada*. Montevidéu. Apud Vianna, L. W. (1991) Americanistas e iberistas: a polêmica de Oliveira Vianna com Tavares Bastos. *Dados* 34(2):145-89.

9 Para uma interessante contribuição ao respeito ver STARR, P. & IMMERGUT, E. (1987) Health Care and the Boundaries of Politics. In MAIER, Charles (ed.) *Changing Boundaries of the Political*. Cambridge, Cambridge University Press.

[10] HEIDENHEIMER, Arnold J., HECLO, Hugh & ADAMS, Carolyn T. (1975) *Comparative Public Policy. The Politics of Social Choice in Europe and America.* Nova York, St. Martin's Press.

[11] LEICHTER, Howard M. (1980) *A Comparative Approach to Policy Analysis. Health Care in Four Nations.* Cambridge, Nova York e Melbourne. Cambridge University Press.

[12] GARCIA, Juan César (1981; 1982) La medicina estatal en América Latina (1880-1983). *Rev. Latinoamericana de Salud* (1):73-104 e (2):102-26.

[13] HEIDENHEIMER et al. (1975) Op. cit.

[14] OLSON, Mancur (1982). *The Logic of Collective Action.* Cambridge, Harvard University Press. 19.ª imp.

[15] DAVIS, Christopher M. (1989) The Soviet Health System: A National Health Service in a Socialist Society. In FIELD, Mark G. (ed.) *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach.* Nova York e Londres. Routledge.

[16] PRZEWORSKI, Adam (1992) *Democracy and the Market.* Cambridge University Press.

[17] Ibid., p. 119-20.

[18] ANDERSON, Perry (1992) *O fim da história: de Hegel a Fukuyama.* Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p. 140-1.

[19] PIÑERA, José (1991) *El cascabel al gato. La batalla por la reforma previsional.* Santiago, Zig-Zag, p. 138.

[20] Ver contudo a importante contribuição de HOLLINGSWORTH, J. R., HAGE, J. & HANNEMAN, R. A. (1990) *State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden, and the United States (1890-1970).* Ithaca & Londres, Cornell University Press e também McLACHLAN, G. & MAYNARD, A. (1982) *The Public/Private Mix for Health.* Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

[21] HOLLINGSWORTH et al. Op. cit. Grifos no original.

[22] WELDON, J. C. (1984) A Critique of Privatization. Apud SODERSTROM, Lee (1987) *Privatization: Adopt or Adapt?* Québec. Department of Economics. McGill University. Grifo no original.

[23] SODESTROM (1987) Ibid.

[24] ISSUANI, A. (1990) Crisis, Estado y opciones de política social. Apud DRAIBE, S. M. (1993) As políticas sociais e o neo-liberalismo. *Revista USP* (17):86-101.

[25] KLEIN, Rudolph (1989) *The Politics of the National Health Service.* Londres & Nova York, Longman, 2.ª ed.

[26] CALVINO (1991) Op. cit., p. 12.

ARGENTINA: ALTERNATIVAS DE TRANSFORMAÇÃO NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SUSANA BELMARTINO

Não se pode desvincular a análise dos sistemas de saúde, considerados como concreção de opções políticas, dos processos de transformação do Estado e redefinição de suas relações com os diferentes setores que constituem a Sociedade. O eixo conceitual dessa análise na atual conjuntura deveria integrar-se, portanto, ao desenvolvimento das novas modalidades de articulação entre Estado e Sociedade.

Essa nova articulação é produto, fundamentalmente, da situação de crise enfrentada por nossas economias desde meados da década de 70 e das diferentes estratégias de readaptação das instituições econômicas e sociais diante do seu impacto. Mas, para começar a explicar o processo de transformações que afeta os serviços de saúde em nosso meio, não basta analisar a crise e as medidas tomadas para superá-la, já que a implantação de tais políticas não ocorre num vazio de poder.

As mudanças ocorridas, basicamente em conseqüência do impacto da crise financeira e da problemática redefinição do papel do Estado, têm lugar no interior de um sistema de serviços que é portador de uma história, de atores constituídos no decorrer dessa história e das relações de poder que os vinculam entre si e com a função, real ou aparente, de intermediação cumprida pelo aparelho estatal.

Tais atores, e as relações mais ou menos pacíficas ou de conflito que os vinculam, operam sobre um conjunto de regras e recursos organizados institucionalmente e por isso mesmo pouco permeáveis a mudanças de magnitude.

Ainda que possa haver algum outro elemento significativo, a análise das atuais políticas de saúde na Argentina deveria ser capaz de explicar a dinâmica complexa derivada da confluência entre processos de natureza distinta, que se desenvolvem com ritmos próprios e em cenários específicos.

Um primeiro conjunto de processos sócio-históricos, cuja dramaticidade parece aumentar em vez de diminuir com o passar dos anos, e a sucessão de tentativas infrutíferas de superar suas condições ou moderar seu impacto, relaciona-se à crise associada à queda do nível de investimentos que castiga as economias ocidentais desde meados da década de 70. Nessa conjuntura, particularmente agravada para os países da América Latina na década de 80, produz-se a articulação entre recessão da atividade econômica e necessidade de enfrentar os compromissos da dívida externa.

Um segundo conjunto, ocupando lugar relevante não só no cenário político e social argentino como também no latino-americano, vincula-se às transformações colocadas como opções políticas inescusáveis para superar as condições de crise, e se expressa nas alternativas de reestruturação do aparelho produtivo e reforma do Estado.

A centralidade que essas questões alcançam no imaginário social não nos deve deixar esquecer que tanto a crise como as estratégias desenhadas para superá-la operam sobre uma sociedade altamente convulsionada por décadas de instabilidade econômica, fragmentação social e conflitos políticos. Delimita-se aqui, portanto, um terceiro conjunto de processos ao qual a análise não pode fugir.

Neste complexo cenário diagnóstico, o setor saúde tem lugar especial, em que o impacto das condições macro não se produz de maneira direta, mas por mediações que nem sempre a função analítica consegue isolar com facilidade.

O contexto macro

No plano genérico que exige este tipo de apresentação, a delimitação do impacto da crise sobre a sociedade argentina assemelha-se aos diagnósticos generalizados para a América Latina: queda acentuada dos níveis de produção, aceleração dos processos inflacionários, drástica redução da atividade econômica, desemprego. O endividamento externo e a necessidade de gerar crescentes superávits na balança comercial articulam-se a novas formas de dependência comercial, financeira e tecnológica, produzindo ao mesmo tempo conseqüências sociais de crescente exclusão: pauperização de parte dos setores médios e extensão alarmante das condições de probreza extrema.

Em política econômica, também aqui, como em outros cenários latino-americanos, a palavra de ordem é *ajuste*. Ajuste do aparelho produtivo às condições do mercado mundial, ajuste do sistema financeiro aos níveis de produção, ajuste do gasto estatal em função de recursos genuínos e mecanismos de arrecadação. Todavia, as modalidades e alcances do ajuste não

estão predeterminados, e, embora incontornáveis, os custos sociais são matéria de discussão e negociação entre os atores sociais e políticos mais significativos.

Esta dimensão política atribuída aos processos de reconversão econômica e ajuste fiscal permite apreender as condições conflitivas em que ocorre a recuperação das instituições democráticas. Torna-se contraditório aspirar a maior abertura democratizadora das instituições políticas quando tal abertura é pensada em virtude dos custos sociais do processo de reconversão. A igualmente indispensável modernização do Estado contribui para reforçar os aspectos socialmente excludentes da política econômica, ao adotar como instrumentos prioritários a redução de seu pessoal e maior eficiência dos seus aparelhos.

As décadas de crise vêm sendo também cenário de processos de transformação. Além de ser discutido em termos relativamente abstratos, o novo modelo de sociedade que se firmará no futuro está sendo gerado em múltiplos espaços: o aparelho produtivo, as vinculações com o comércio internacional, as instituições políticas, as organizações sociais, o aparelho estatal, a cultura, as representações individuais e coletivas.

Um estudo recente assinala o conjunto de mudanças ocorridas nos últimos quinze anos e que se podem reconhecer tanto na constituição do aparelho produtivo quanto nas formas de organização social e institucional, com um nível de aprofundamento que implica transformações significativas nas características que marcaram o país nas décadas anteriores[1].

As transformações vincular-se-iam tanto aos aspectos microeconômicos relacionados à escala operativa e à organização do trabalho no setor industrial quanto às questões macroeconômicas ligadas ao regime regulatório global e ao comportamento das instituições econômicas e sociais. A afirmação de novos grupos econômicos e financeiros de capital local, o desenvolvimento de áreas industriais intensivas no uso de recursos naturais, a redefinição das modalidades de inserção no comércio internacional, em especial no que se refere ao perfil das exportações, constituiriam os aspectos mais evidentes da nova dinâmica introduzida na atividade econômica. A isso se acrescentariam mudanças importantes no mercado de trabalho, na atividade sindical e na produção de certos serviços públicos, em função das novas estratégias de desregulação, privatização e abertura da economia colocadas em ação a partir de 1976.

O modelo de acumulação transformou-se, acentuando os traços concentradores e excludentes que caracterizaram também a etapa anterior de desenvolvimento com base nas atividades de substituição de importações. As conseqüências sociais desse processo de reestruturação da economia não foram compensadas pela atividade social do Estado, que tem sido severamente recortada.

Em virtude do déficit fiscal crônico com o qual a economia argentina opera desde meados dos anos 70, e das dificuldades existentes não só para reformular o sistema tributário mas até para tratar de aspectos instrumentais — como o controle da evasão — que poderiam ter aprimorado a captação de recursos, os governos optaram por abandonar seus compromissos no tocante aos *bens sociais* e permitiram a deterioração crescente da proteção outorgada aos setores mais fracos da sociedade, aqueles com pouco poder de negociação e escassa representação no sistema político[2].

O claro retrocesso da atividade do Estado como provedor de bens públicos, como educação ou saúde, tampouco foi compensado pelo incremento na eficácia de sua função reguladora, que se orientou a atenuar condições de iniqüidade acentuadas pela privatização crescente de tais atividades.

Por causa da tradicional fragmentação da área das políticas sociais torna-se impossível fazer um diagnóstico generalizado. Foi muito distinto, por exemplo, o desenvolvimento da atividade estatal em educação, saúde, assistência social ou habitação, e distintos foram também os níveis de eficiência operativa, eficácia e eqüidade na alocação e operação de recursos, não só comparativamente para essas grandes áreas como no interior de cada uma delas, em virtude da multiplicidade de jurisdições, das dificuldades de coordenação e da diferente incidência de atividades de regulação e controle.

De todas as maneiras, a análise das diferentes áreas da atividade social do Estado reconhece um aumento significativo das condições críticas e uma deterioração crescente da capacidade de gestão, produzindo-se evidente queda da qualidade e da cobertura das prestações de serviços de que é encarregado.

O gasto em saúde

De acordo com as determinações da Constituição, a organização dos serviços de saúde seria competência das províncias. Mesmo assim, já nas primeiras décadas do século XX instalou-se no setor uma tendência centralizadora, parcialmente justificada pelas dificuldades que as províncias de menores recursos enfrentavam para levar a cabo tarefas de controle de epidemias que podiam afetar o bem-estar das demais.

Essa tendência centralizadora consolidou-se, na década de 40, com o governo peronista, que incentivou o desenvolvimento da capacidade instalada pública com controle centralizado por parte do Ministério da Saúde. Também foi centralizada a gestão de outra instituição com ingerência na ampliação do sistema de serviços: a Fundação María Eva

Duarte de Perón, com recursos no mínimo equivalentes aos administrados pelo ministério.

Esse tipo de gestão centralizada e a pauta dominante na construção de hospitais, caracterizada pelas grandes dimensões e a estrutura uniforme destes, de difícil adaptação às realidades e necessidades locais, foram o foco das principais críticas feitas ao sistema de serviços depois da queda do peronismo. Era uma época em que o déficit fiscal já surgia como ameaça à estabilidade e ao crescimento econômico, época dos primeiros acordos com o Fundo Monetário Internacional — circunstâncias que seguramente também pesaram na decisão de transferir serviços para as províncias. Baseada em razões de ordem técnica, essa transferência tornou-se conflituosa, contudo, quando muitas províncias recusaram a responsabilidade por serviços que seus orçamentos não tinham condições de sustentar.

A política de transferências foi, por conseguinte, vacilante e errática entre os últimos anos da década de 50 e a segunda metade da década de 70. Entre 1977 e 1979 decidiu-se passar à jurisdição das províncias as unidades hospitalares que ainda continuavam sob administração central, processo que culminou recentemente com a transferência, aos respectivos municípios, dos hospitais nacionais localizados na Capital Federal.

Em conseqüência dessa política descentralizadora, as províncias assumiram papel relevante dentro do setor saúde: segundo a última informação disponível — correspondente ao ano de 1988 — elas realizam com seus recursos, mais os transferidos pelo governo central, 84% do gasto público setorial[3].

As contribuições do tesouro nacional às províncias caracterizaram-se, entre 1980 e 1983, pelo apoio destinado a programas específicos e ao controle das respectivas atividades. A partir de 1984, embora continuasse a existir uma lista de programas e dos montantes alocados a cada um deles, cessou o controle das contas, de maneira que as províncias administram os subsídios conforme as próprias prioridades de alocação. Uma avaliação relativamente recente atribui ao desenvolvimento escassamente planejado das relações nação/províncias a responsabilidade pela permanência das condições de escassa eficiência operativa na alocação do gasto: superposição nas prestações, baixa coordenação na regulação e nas fiscalizações, baixo cumprimento de normas e pautas de credenciamento[4].

O gasto em saúde do setor público se realiza por meio de uma rede de estabelecimentos de dimensões sobre as quais não há informação atualizada. Para 1980, informava-se que havia cerca de 5.123 estabelecimentos, dos quais 1.334 dispunham de instalações para internação, com um total de 94.883 leitos, representando 62% do total da capacidade instalada em leitos do setor. A mesma porcentagem chegava a 73% em 1969, o que reflete o retrocesso — relativo e absoluto, já que nessa

data contavam-se 97.688 leitos públicos — da importância do subsetor no conjunto.

Esse retrocesso em relação ao setor privado evidencia-se ainda mais caso se leve em consideração a disponibilidade de tecnologia, especialmente equipamentos de média e alta complexidade, que se concentrou nas últimas décadas nas instalações do subsetor privado. Nestas estavam instalados, em 1980, cerca de 75% dos ecógrafos disponíveis, pouco mais de 70% dos equipamentos de rim artificial, 68% das instalações de câmara gama e 94% dos tomógrafos, para citar apenas alguns exemplos[5].

As cifras mais eloqüentes para diferenciar a dinâmica operativa intersetorial relacionam-se às altas hospitalares. Dispondo de pouco mais de 60% da capacidade instalada, o setor público é responsável por 49% do total de altas (de maneira nenhuma isso se pode atribuir diretamente à ineficiência, considerando-se que o setor assume os casos crônicos e *sociais*), cabendo ao subsetor privado 45% delas, com apenas 31% da capacidade instalada. As instituições da seguridade social com instalações próprias dispõem de 5% do recurso leito e são responsáveis por 5,5% das altas do setor[6].

Este panorama, que se poderia considerar *estrutural* e usa o indicador *alta hospitalar* para medir a disponibilidade de recursos e sua utilização, torna-se mais complexo e se enriquece caso se acrescente a informação disponível sobre a distribuição do gasto.

A estimativa do gasto total em saúde constituiu nos últimos anos um desafio para diferentes estudiosos, dado o caráter fragmentário da informação disponível e as dificuldades de compatibilizá-la. Um dos últimos trabalhos sobre o tema procura compatibilizar as conclusões de esforços anteriores[7]. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Distribuição do gasto em saúde, 1970-1986

Ano	Setor público %	Obras sociais* %	Gasto direto %	Gasto total (1)	% do PIB	Per capita (1)
1970	19,5	22,8	57,7	9755,0	7,75	417,6
1980	30,1	35,8	34,1	10779,2	6,73	381,8
1985	22,7	39,2	38,1	11910,3	8,24	389,8
1986	22,0	37,1	40,9	13017,0	8,95	418,7

(1) Na coluna de gasto total, o número refere-se a milhões de pesos. Valores ajustados pelo índice de preços combinados (ao consumidor e atacadistas não agropecuários nacionais), a preços de março de 1992.

* Organizações sindicais que administram os recursos destinados aos serviços sociais dos seus membros.

Embora se deva comparar as cifras com cautela, em razão da falta de homogeneidade nas fontes do dado, é possível conferir-lhes um valor ilustrativo com o propósito de estimar tendências. Nesse sentido, a distribuição de 1970 reflete o momento anterior à generalização do sistema de cobertura por parte da seguridade social (as obras sociais) e a conseqüente relevância do gasto direto por parte do consumidor. A maior incidência da cobertura pelo referido sistema registra-se em 1980, com o retrocesso significativo do gasto do consumidor e maiores despesas no setor. As cifras de 1985 e 1986 apontariam a inflexão da tendência à redução do indicador de gasto direto, produto da crise das obras sociais. As conseqüências dessa crise foram, em primeiro lugar, o aumento dos co-seguros, em segundo a introdução do pagamento adicional exigido pelos médicos no momento de efetivar a prestação do serviço — o *plus* — e, por último, de maneira sem dúvida muito mediatizada, a ampliação da população coberta por seguros privados.

O gasto público decresceu em valores nominais, como porcentagem do gasto total e do PIB, entre 1980 e 1986. A distribuição aparece na Tabela 2.

Tabela 2
Gasto público em saúde, 1970-1986

Ano	Administração nacional (%)	Províncias e municípios (%)	Total (1)	% do PIB
1970	19,7	80,3	1902,2	1,51
1980	12,6	87,3	3244,5	2,03
1985	18,5	81,5	2703,6	1,87
1986	16,2	83,8	2863,7	1,97

(1) Valores ajustados pelo índice de preços combinados (ao consumidor e atacadistas não agropecuários nacionais), a preços de março de 1992.

Essas cifras, apesar do esforço para conseguir um diagnóstico preciso, e pressupondo a objetividade na sua utilização, mostram apenas uma das facetas do desenvolvimento do sistema, adequada a uma discussão técnico-administrativa, porém insuficiente para uma avaliação que se pretenda política. Para tal, como assinalamos no princípio, pode ser mais ilustrativa uma história dos atores presentes no interior do setor e do conjunto de relações que se foram articulando ao longo dos anos de consolidação deste particular modelo organizativo dos serviços de saúde.

A potencialidade explicativa da história

Confiando na potencialidade explicativa inerente à reconstrução histórica de processos sócio-políticos, procuramos, em diferentes trabalhos, introduzir um enfoque de atores na análise da evolução do setor. Consideramos a perspectiva de cada um dos grupos com protagonismo em sua dinâmica política como produto de sua inserção no setor e das experiências que dela resultam, e abordamos o conjunto de relações articuladas em seu interior como constituídas numa dinâmica a médio prazo, cujo início localizamos, em princípio, em torno da década de 20[8].

Razões de espaço obrigam-nos a deixar de lado o desenvolvimento das hipóteses explicativas que elaboramos durante a tarefa de investigação. Podemos assinalar, contudo, que nosso diagnóstico relativo à conformação das relações de poder no interior do setor saúde inclui uma associação muito direta com as características particulares do sistema político argentino, tal como este se constituiu nos anos de afirmação do projeto peronista e nas primeiras décadas posteriores ao seu declínio.

Como já assinalamos em outro lugar, o projeto peronista propõe uma revolução: a construção de um Estado com capacidade de modelar a sociedade, assegurando o império de determinados valores que garantem o crescimento com justiça social. Na área das políticas sociais, essa intervenção modeladora, esse tentativa ambiciosa de construção da sociedade pelo poder político, baseia-se em fundamentos doutrinários e postulados técnico-organizativos elaborados em nível internacional pelo menos desde a primeira pós-guerra. Essa experiência e alguns resultados já perceptíveis conferem legitimidade à idéia de construção do social com o auxílio instrumental do técnico, tendo como base uma orientação política: pôr fim à antiga ordem e seus privilégios e criar uma nova ordem com base na generalização do bem-estar[9].

A promessa de eficácia baseada na unidade racionalizadora da atividade estatal dilui-se logo, contudo, diante da dinâmica mais especificamente política de afirmação do poder peronista. O aparelho estatal não é *locus* privilegiado de vontade dotada de unidade, coerência e potencialidade operativa, nem sede exclusiva do poder. A sociedade a construir *ex novo* se reorganizará com base na convocação de forças heterogêneas, que aceitam a arbitragem do Estado para dirimir conflitos, lutas por distribuição de recursos e competição por clientelas e áreas de atividade. As novas e velhas forças que se pretende integrar carregam o lastro da experiência passada, suas insatisfações, reivindicações e demandas.

As decisões aconselhadas por um saber técnico pretensamente neutro, bem como as lutas políticas pelo poder — que definem ao mesmo tempo

os limites e as potencialidades da intervenção no setor — convergem numa dinâmica que interpretamos como inter-relação conflituosa entre definições técnicas e exigências políticas. Esta modalidade específica de explicitação do conflito, que a longo prazo mostrará conseqüências paralisadoras para a pretensão reguladora do Estado, manifesta-se fundamentalmente em duas esferas: a luta interna nos aparelhos do Estado, para ocupar espaços, justificar recursos e recompor clientelas, e os espaços de negociação entre esses mesmos aparelhos e as instituições da sociedade que constituem seu âmbito específico de intervenção.

Essa dinâmica, caracterizada como inter-relação conflituosa entre definições técnicas e exigências políticas, tem conseqüências institucionais de peso no interior do setor saúde. Associa-se a ela, sem dúvida, a fragmentação de funções e a superposição de instituições que constituem limite seguro à eficácia e à eficiência associadas à intervenção. O primeiro e mais notório sinal da impossibilidade política de construir uma *unidade de comando* efetiva é o desmembramento de funções da originária *Dirección Nacional de Atención Médica y Asistencia Social,* quando o impacto político das atividades assistenciais reivindica sua instalação na área que se constituirá em pedra angular da construção política do projeto peronista: o Ministério do Trabalho. De significado ainda maior, o impulso expansivo dos serviços de saúde que, paralelamente à tarefa do respectivo ministério, ficam a cargo da Fundação María Eva Duarte de Perón, impõe um severo limite à organização do setor sob comando unificado do Ministro Carrillo (1946-52).

No campo da seguridade social localiza-se outra manifestação, de conseqüências sentidas a médio e longo prazo, dessa mesma inter-relação conflituosa entre definições técnicas e exigências políticas. Enquanto intelectuais, políticos e funcionários continuam a discutir modalidades operativas para um futuro regime de Seguro, sem chegar a acordo sobre sua viabilidade presente ou futura, seu caráter integral ou parcial, a relativa centralização/descentralização de sua estrutura administrativa etc., a dinâmica política conduz progressivamente à consolidação de um primeiro conjunto de instituições que mais tarde se integrariam sob a demominação genérica de *obra social.* As primeiras *Direcciones Generales* assumirão de forma fragmentária e relativamente heterogênea as funções atribuídas a esse hipotético sistema de seguro, objeto de discussões e reformulações no decorrer dos cinqüenta anos seguintes.

O reconhecimento parcial e fragmentário do direito à cobertura de saúde resultante da concessão quase discricionária dos seus benefícios aos setores mais bem organizados da classe trabalhadora implicará a introdução de elementos altamente diferenciadores numa condição que se define como direito universal.

Se no momento de maior ênfase distributiva do regime peronista essas diferenças colocam-se como transitórias, projetando-se para algum momento no futuro próximo a concessão de benefícios generalizados, com a crise da balança de pagamentos de 1949 e a mudança da ênfase na dinâmica entre acumulação e distribuição que é uma de suas conseqüências a médio prazo, a idéia de cobertura universal converte-se em mera expressão de desejos, aspiração sem prazo para cumprir-se ou, pior ainda, possível ameaça aos setores com direitos adquiridos que se entrincheiram atrás dos benefícios recebidos e percebem como *nivelação por baixo* qualquer proposta de dar projeção nacional aos vínculos solidários consolidados na esfera de associação profissional ou sindical.

Pode-se afirmar que tanto as debilidades do setor quanto sua força originam-se da forma específica de vínculo entre Estado e Sociedade que o peronismo tentou acionar. Desprezando, relegando a segundo plano ou manipulando as instituições representativas da vontade geral, o peronismo constrói um regime de tipo corporativo altamente controlado pela cúpula. A relação entre aparato estatal e instituições intermediárias se articula num jogo de benefícios e concessões recíprocas, com forte controle vertical baseado na singular capacidade do presidente de mobilizar recursos e adesões à sua política. Nessa dinâmica, o prometido Estado de Bem-Estar constitui-se tão-somente como Estado de Compromisso. Quando essa estrutura vertical desmorona, as instituições que compunham uma pirâmide relativamente ordenada ficam liberadas de vínculos e responsabilidades, conservando e às vezes aumentando a cota de poder delegado que haviam conseguido acumular. O corporativismo estatal, relativamente eficaz na consecução de objetivos sociais para uma massa de trabalhadores que obteve conquistas inimagináveis quinze anos antes, transforma-se num regime marcado pela instabilidade dos acordos e a contínua negociação em torno de concessões que paulatinamente deixam de funcionar como benefícios e começam a parecer prebendas. O Estado de Compromisso começa a ser sacudido por uma permanente *crise de hegemonia*.

Um segundo nomento de intervenção estatal no sistema de serviços de saúde situa-se na conjuntura crítica da história argentina assinalada pelo fracasso político do projeto Onganía (1966-70) e sua substituição pela política *de acordos* protagonizada pelo General Lanusse (1970-73).

O organismo produz uma formulação extremamente ambiciosa de suas políticas sociais, evidenciada na criação de um Ministério de Bem-Estar Social que incluía, entre outras, a Secretaria de Saúde, a cargo de Ezequiel Holmberg (1966-70). Este, apoiado por um grupo de sanitaristas de certo prestígio, tenta lançar um programa de reorganização das instituições do setor, conforme as pautas técnico-organizativas elaboradas

por organismos internacionais como a OPAS/OMS, que parecem ter desfrutado de ampla aceitação nos meios sanitaristas locais.

Esse programa, de orientação técnico-modernizante, não podia deixar de considerar a situação potencialmente explosiva em que se encontrava o financiamento da atenção médica para importantes grupos de trabalhadores, a cargo de um conjunto heterogêneo de obras sociais e *mutualidades*, com regimes extremamente variados de prestação de serviços, só em parte oferecidos por intermédio de serviços próprios e crescentemente contratados ao setor privado, com intermediação das organizaçoes profissionais.

A contratação de serviços dos órgãos associativos médicos, que começara a generalizar-se em meados da década de 50, foi altamente conotada por uma estratégia decidida do setor profissional para constituir verdadeiro oligopólio da oferta de serviços. Embora estas condições de hegemonia da oferta na negociação dos contratos se circunscrevessem a determinadas áreas, havia reconhecimento generalizado de que o sistema de pagamento por ato médico — ao qual se viram obrigadas a aderir instituições em número crescente — dificultava seriamente a viabilidade financeira dos integrantes mais fracos do sistema.

A intervenção da secretaria de Estado era duplamente previsível. Pelo imperativo tecnocrático, para introduzir racionalidade num sistema caracterizado pela multiplicidade de instituições e lógicas organizativas, a dispersão de beneficiários, a concessão arbitrária de benefícios, a alocação ineficiente de recursos e o impacto, certamente débil, nas condições de saúde/enfermidade que supostamente devia resguardar. E pelo imperativo político, para cooptar as organizações populares e contrabalançar a evidente hegemonia do setor profissional privado no controle da oferta de serviços, que ameaçava colocar em perigo a própria continuidade do sistema.

De acordo com os parâmetros do modelo de planejamento que se afirma como hegemônico na década, a secretaria dirigida por Holmberg realiza diagnóstico de tais instituições e decide uma estratégia baseada na intervenção reguladora do Estado sobre esse conjunto que se caracteriza, em termos decididamente negativos, como uma estrutura heterogênea com desenvolvimento inorgânico.

A idéia que prevalece nos círculos da Secretaria de Saúde Pública é culminar o processo de reorganização com a definição de um ordenamento financeiro e administrativo uniforme, agrupando as diferentes instituições numa entidade única organizada em cada província e na Capital Federal, e garantindo aos seus beneficiários a prestação uniforme de serviços, orientando prioritariamente os recursos à cobertura de atenção médica.

As primeiras medidas, destinadas a facilitar o saneamento financeiro das obras sociais e das *mutualidades*, destinam-se a regular o custo dos serviços contratados ao setor privado, propondo a fixação de tarifas e pautas uniformes de contratação em nível nacional e estabelecendo normas administrativas de cumprimento obrigatório.

A iniciativa conta num primeiro momento com a adesão das obras sociais e das mutualidades, indubitavelmente favorecidas pela sanção de leis que primeiro estabelecem o congelamento e, a seguir, a homogeneização nacional das tarifas aplicadas às prestações de serviços de atenção médica. Não obstante, quando se trata de avançar na regulação das pautas administrativas utilizadas nas próprias instituições e constituir grupos de trabalho para propor contratos padronizados, nomenclaturas e taxas uniformes, a reticência ante o avanço estatal manifesta-se de maneira praticamente generalizada. As condições da negociação transformam-se de maneira abrupta quando a Confederação Geral do Trabalho — CGT assume a representação dos interesses dessas entidades.

Um prolongado e às vezes acirrado conflito confronta as instituições do setor entre 1968 e 1972. A Confederação Médica, órgão representativo da categoria, a Confederação de Clínicas e Sanatórios — que aglutina as instituições com serviços de internação —, a CGT e as diferentes secretarias dos Ministérios do Bem-Estar Social e do Trabalho envolvem-se numa complexa rede de negociação e confronto que culmina com a institucionalização do sistema de obras sociais pela Lei 18.610/70 e o projeto de afirmação do protagonismo do Estado na regulação dos contratos entre prestadores de serviços e entidades financiadoras, que se concretiza nas disposições da Lei 19.710/71.

A intervenção do Estado, orientada pela necessidade de ordenamento e homogeneização de um sistema caracterizado por condições de fragmentação e heterogeneidade e, portanto, portador de ineficiência e iniqüidade na prestação dos serviços sociais colocados sob sua cobertura, fracassa na maioria dos objetivos que se propõe.

Embora consiga apoiar a potencialidade negociadora das obras sociais, reforçada pela representação concedida à central operária, não consegue impedir a concreção do oligopólio na oferta de serviços em mãos das corporações profissionais.

Tanto o organismo que aglutina os profissionais, a Confederação Médica da República Argentina — COMRA — quanto o que reúne as instituições privadas de internação, a Confederação de Clínicas, Sanatórios e Hospitais Privados — CONFECLISA — se vêem obrigados a aceitar um sistema de acordo sobre honorários entre as partes interessadas, com a arbitragem do Estado para os casos em que é impossível a resolução por consenso, situação excepcional que a emergência do autoritarismo

transformará em regra. Mas conseguem, ao mesmo tempo, limitar suas concessões a essa esfera. O sistema de contratos generaliza-se, com base na livre escolha e no pagamento por ato médico, com apoio dos recursos técnico-organizativos que a profissão desenvolvera na década anterior: nomenclatura, contratos padronizados, normas de credenciamento e sistemas administrativos.

De ambos os imperativos que identificamos como fundamentação da intervenção estatal, o técnico-organizativo e o político, o segundo acaba por predominar e o sistema de serviços converte-se em objeto de negociação com o sindicalismo. O resoluto apoio estatal que abre espaço para a presença da CGT na negociação relativa ao setor enfraquece a prévia hegemonia das corporações profissionais, porém não a substitui pela intervenção ordenadora de uma instância técnico-política. Superadas as agitações provocadas pelo confronto para definir a posição relativa de cada um dos protagonistas na distribuição de poder dentro do setor, a prosperidade que facilita a afirmação dessa modalidade de relação interinstitucional apóia, na década seguinte, a consolidação de um modelo de organização do sistema baseado no que poderíamos qualificar resumidamente de *pacto corporativo*.

Se as bases históricas do sistema de serviços assentam-se sobre a peculiar relação Estado/sociedade articulada pelo primeiro peronismo, a queda deste e o regime excludente imposto pelas forças políticas e sociais opositoras são responsáveis pela instauração no país da instabilidade política, que acaba por configurar uma relação de dependência entre as bases de organização e financiamento dos serviços de atenção médica e as características do sistema político.

Nas duas décadas seguintes, fracassarão todas as tentativas de reorganizar o sistema de obras sociais, quer sejam motivadas por boas intenções, quer sejam amparadas pelo pretexto de introduzir maior racionalidade, eficiência e eqüidade na sua dinâmica. A proposta do peronismo em 1973, destinada a constituir um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a posterior estratégia elaborada pelas Forças Armadas sob a ditadura militar e expressa na sanção da Lei 22.269, que não pôde ser aplicada, e o projeto de Seguro de Saúde respaldado pela administração alfonsinista, constituem exemplos reiterados da resistência do sistema ante a pretensão reguladora do aparelho estatal.

Conseqüências para a organização do sistema de obras sociais

O conjunto de obras sociais, pouco mais de trezentas instituições, distingue-se segundo seu regime jurídico em Obras Sociais Nacionais, regu-

ladas pela Administração Nacional do Seguro de Saúde (ANSSAL), Obras Sociais Provinciais, agrupadas no Conselho de Obras e Serviços Sociais Provinciais da República Argentina (COSSPRA), Obras Sociais das Universidades Nacionais e Obras Sociais das Forças Armadas e de Segurança, estas duas últimas categorias com regimes jurídicos específicos. Para mostrar a heterogeneidade dessas instituições em relação ao número de beneficiários e mecanismos de agrupamento, basta incorporar à análise a distribuição da população sob a jurisdição da ANSSAL (Tabela 3).

Tabela 3
Distribuição da população de obras sociais

Natureza institucional	N.º instituições	N.º beneficiários
Sindicais	201	7.014.977
Estatais	15	765.977
Por convênio	31	233.471
De administração mista	12	8.426.827
Por adesão	3	59.321
Outras	5	86.602
Total	291	17.566.234

A informação, relativa apenas às instituições que integram a ANSSAL, não inclui os mais de quatro milhões de beneficiários das Obras Sociais Provinciais e Municipais, e aproximadamente um milhão correspondente às instituições das Forças Armadas e de Segurança.

Apesar de sua natureza muito genérica, os dados expostos expressam com bastante clareza a dispersão enorme dos beneficiários do sistema e a grande heterogeneidade das obras sociais consideradas segundo a importância numérica da população coberta. Mostram também as diferenças existentes nos critérios de agrupamento dos beneficiários e a correspondente efetivação da solidariedade grupal: em alguns casos por ramo de atividade, em outros por jurisdição administrativa ou abrangência regional, cabendo o último nível de fragmentação às obras sociais por empresa.

A heterogeneidade e a complexidade do conjunto não se limitam, todavia, às diversas administrações e à diferente magnitude de população coberta. Há também diferenças consideráveis de recursos por beneficiário e orientação das políticas de gasto.

A grande disparidade na disposição de recursos por beneficiário foi

uma constante histórica que se explicitou numa diferenciação de aceitação geral entre *obras sociais ricas* e *obras sociais pobres*. As dificuldades de obter informações relativas ao conjunto das instituições impedem comparações globais sobre a atual diferenciação entre ambas as categorias, porém os dados parciais podem ser bastante ilustrativos.

Um estudo de 1984, abrangendo onze institutos de administração mista, mostrava uma distribuição de rendimentos por beneficiário que alcançava 24,53 pesos para os bancários e apenas chegava a 3,19 pesos para os trabalhadores rurais[10]. Outro artigo, baseado em informação fornecida pelo Instituto Nacional de Obras Sociais para 1985, estratifica as obras sociais em cinco níveis, segundo a renda *per capita*. No primeiro nível os valores ficam entre $18,61 e $63,83; no quinto, entre $199,53 e $244,75[11].

Fornece-se informação mais recente no informe apresentado pela Fundação de Investigações Econômicas Latino-Americana à 7.ª Convenção da Associação de Bancos Argentinos (ADEBA). Numa amostra de 24 entidades, a faixa de renda por beneficiário distribui-se entre dois pólos: em 1990, o pessoal de seguros contava com 560 dólares por beneficiário/ano, ao passo que os trabalhadores da atividade açucareira de Tucumán só dispunham de 12,7 dólares por beneficiário/ano[12].

A atividade reguladora do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), criado pela Lei n.º 18.610/70, deveria ter o propósito de remediar parcialmente essa relativa iniqüidade que constituía uma característica histórica do sistema. Essa lei normativa concedia ao INOS atribuições para promover a coordenação e a integração das obras sociais, orientar a distribuição de seus recursos entre os diferentes prestações sociais, aprovar tarifas, realizar o controle contábil das diferentes atividades e dispor dos recursos correspondentes ao Fundo de Redistribuição.

Sustentado por recursos provenientes do sistema, esse fundo destinava-se a aumentar ou aprimorar a capacidade instalada própria dessas instituições e a dar assistência financeira às obras sociais que, por *circunstâncias especiais*, a requeressem.

O manejo do Fundo de Redistribuição podia, assim, ampliar a solidariedade interna do sistema, canalizando seus recursos para as obras sociais com menores recursos por beneficiário.

Dois trabalhos parciais podem ser úteis para a formulação de um esboço de balanço no tocante ao cumprimento dessa função *redistribuidora* a cargo do INOS. O primeiro mostra a dinâmica de subsídios às obras sociais durante dois anos do governo do Presidente Alfonsín. Naquele momento, como é bastante usual na atividade dos técnicos inseridos no aparelho estatal, se dá um passo muito positivo com o propósito de aumentar a eqüidade do sistema, posteriormente desvirtuado pela dinâmica político-corporativa própria da relação obras sociais/INOS.

Vamos procurar determinar os fatos que justificam o argumento: em 1985, conforme a Resolução 824 do mesmo ano, o INOS elabora uma relação das obras sociais que apresentavam um *volume de rendas inferior à média geral, em razão da remuneração média do ramo de atividade que cobrem*. Dito de maneira mais simples: uma relação das instituições que caracterizamos como obras sociais *pobres*.

Trata-se de 82 obras sociais que supostamente deveriam ter recebido apoio financeiro prioritário por intermédio dos recursos do Fundo de Redistribuição.

Qual foi a política posta em prática? Entre 19 de outubro de 1984 e 31 de outubro de 1985, trinta obras sociais incluídas na Resolução 824 e sua complementar 1.162/85 receberam 43,41% do total de subsídios distribuídos pelo INOS; as restantes 52 obras sociais não receberam subsídios. Entre novembro de 1985 e dezembro de 1986, 36 obras sociais incluídas nas mencionadas resoluções receberam 43,14% dos subsídios distribuídos. Para onde se canalizaram os recursos? Em primeiro lugar, o sindicato metalúrgico, referencial histórico do poder político alcançado pelo sindicalismo peronista, absorveu por intermédio de suas obras sociais — destinadas ao pessoal e aos supervisores da indústria metalúrgica — 29,73% dos subsídios concedidos e 19,33% dos empréstimos (27,5% do total de recursos do INOS destinados a instituições com população financiada). Outros quatro grandes sindicatos receberam 17,06% do total dos empréstimos; e canalizou-se por intermédio da obra social para a atividade rural (ISSARA) o financiamento dos programas de apoio aos municípios inundados[13].

Uma segunda fonte de informação é o informe realizado pela FIEL para a Associação de Bancos Argentinos, utilizando informação correspondente a 1990. Em seu texto recorda-se a disposição da Lei 23.660, pela qual 70% dos recursos do Fundo de Redistribuição se devem distribuir entre as entidades com menor renda por beneficiário, cláusula que indubitavelmente se inscreve na lógica redistributiva das Resoluções 824 e 1.162/85. A informação apresentada é excessivamente complexa para ser reproduzida neste espaço, mas as conclusões acerca da dinâmica operativa do fundo reproduzem as observadas no período alfonsinista: distribuição discricionária dos recursos, em geral atendendo a pressões políticas.

Crise do sistema e novas orientações na perspectiva neoliberal

Nos últimos dez anos multiplicaram-se as manifestações de crise do sistema de obras sociais. Os aspectos financeiros dessa crise revelam-se tanto no que se refere à renda das instituições quanto aos gastos que

devem efetuar para garantir a cobertura de saúde da sua população beneficiária. A depreciação do salário real, a contração do emprego assalariado e o conseqüente aumento do trabalho por conta própria, o não cumprimento pelos empresários das obrigações relativas à arrecadação das contribuições e a difusão do hábito de pagar *por fora* uma parte do salário direto dos trabalhadores, contribuíram de maneira difícil de precisar para a sensível queda dos recursos globais das obras sociais, amenizada só em parte pela maior porcentagem das contribuições que a Lei 23.660/89 sancionou.

Ao lado da crise financeira, percebe-se também uma crise dos valores que sustentam o sistema. A defesa do modelo profissional múltiplo, tal como ele se desenvolveu em nosso país, baseou-se tradicionalmente nas virtudes do pluralismo, no fortalecimento das instituições intermediárias e na confiança de que seria possível corrigir as deficiências causadoras da desigualdade no acesso à atenção. Contudo, como já vimos, nem a ação redistributiva do INOS nem sua capacidade reguladora e normatizadora mostraram-se eficazes na redução da heterogeneidade do sistema ou de suas injustiças mais flagrantes.

Outros elementos que permitem pensar numa ruptura dos princípios que fundamentam o sistema relacionam-se às atitudes individuais e grupais por parte dos prestadores de serviços assistenciais. Há mais de uma década começou a desenvolver-se a prática de exigir do paciente um pagamento adicional, o *plus*, no momento da efetivação do serviço. Mas só nos últimos anos generalizou-se essa nova barreira ao acesso igualitário.

Tal atitude, no início desaprovada pelas organizações da classe médica e posta em prática a título puramente individual, converteu-se mais tarde num recurso generalizado para reparar a queda dos valores fixados pelo INOS para o trabalho médico, chegando a ser legitimado pelos organismos profissionais que haviam no princípio repudiado sua incorporação.

Recursos como esse revelam a crescente desconfiança dos prestadores de serviços na capacidade das obras sociais de seguir financiando a modalidade de prática generalizada, e contribuem para limitar o acesso dos beneficiários de menores recursos. Isso, porém, não implica *per se* a ruptura do sistema, ainda que contribua de modo decisivo para a sua crise.

Ao contrário, a atitude de determinados grupos de especialistas (como os anestesistas e urologistas em algumas províncias), que optaram por cortar qualquer tipo de relação contratual com a Seguridade Social, obrigando as obras sociais a introduzir mecanismos de reembolso pelo gasto realizado por seus beneficiários, supõe uma rejeição explícita às regras do jogo próprias do sistema e um severo limite às possibilidades deste de superar a crise que atravessa.

Na verdade, tanto o *plus* quanto a recusa de algumas especialidades

médicas críticas de seguirem operando de acordo com as regras que estruturam o pacto corporativo setorial constituem nada além de indicadores da luta distributiva gerada nos últimos anos no interior do setor.

A análise da morfologia dos mercados de serviços médicos, estabelecimentos hospitalares lucrativos e produtos farmacêuticos, realizada por Jorge Katz e Alberto Muñoz (1988), traz à tona a interdependência existente entre eles; o conflito distributivo que se desenvolve entre os grandes grupos prestadores de serviços, que competem por certo volume de recursos cuja transferência, para uma ou outra direção, ocorre por intermédio do sistema de preços.

Este diagnóstico explicaria, segundo os autores, uma série de práticas levadas a cabo por diferentes prestadores de serviços — sobreprodução de consultas e atos médicos, uso excessivo de medicamentos, superfaturamento de insumos, taxas de cirurgia anormalmente elevadas etc. Tais condutas constituiriam a resposta dos diferentes agentes prestadores de serviços, a fim de minorar o impacto individual da crise financeira por intermédio de ações *perversas*[14] destinadas a manter ou acrescentar a cota apropriada por cada um deles do total dos recursos que circulam no interior do setor. Assim, concluem os autores que é o conflito distributivo, e não as necessidades médico-assistenciais da população, o fator determinante das pautas de funcionamento do mercado da saúde, diante da crescente ausência de capacidade reguladora por parte da autoridade pública.

Todas estas falências agravam as restrições ao acesso inerentes ao modelo e tornam a crise mais aguda. O modelo se converte, de maneira crescente, em concentrador e excludente. A exclusão atinge não só os setores mais fracos da população beneficiária, mas também os prestadores de serviços que carecem dos recursos organizativos que permitem introduzir condutas *perversas* desse tipo.

É fácil compreender, após essa descrição, que a crítica neoliberal tenha conquistado com tanta facilidade a opinião pública e boa parte dos círculos intelectuais interessados no funcionamento do setor. A ineficiência na administração dos serviços, o esbanjamento de recursos, o desvio de fundos para gastos que pouco têm a ver com as necessidades dos beneficiários, os episódios de corrupção que se tornam debate público, longe estão de poder ser entendidos como *recurso ideológico* dos interessados em privatizar as fontes de financiamento. Muito pelo contrário, fazem parte da experiência cotidiana de múltiplos agentes e usuários da cobertura concedida pelas obras sociais.

O debate entre dois modelos organizativos: solidariedade *x* mercado

Desde o surgimento do sistema de obras sociais sucederam-se propostas de reformas para melhorar a eficácia de suas funções. No sanitarismo argentino, houve adesão muito grande a uma proposta de organização unitária, seja como seguro, seja como serviço, capaz de outorgar cobertura universal e igualitária à toda a população, e esta tem sido a base doutrinária da maior parte dos projetos de reforma.

Também houve, porém, propostas de reformulação do sistema que defendiam sua condição pluralista, enfatizando a necessidade de coordenar esforços, evitar superposições, garantir um número mínimo de beneficiários, reduzir os gastos administrativos.

Mais recentemente, a proposta de transformação das bases doutrinárias do sistema, subsituindo-as por uma lógica de livre escolha operacionalizada pelo mercado em mãos de empresas financiadoras de gestão privada, começou a circular no setor no momento em que a ditadura militar se propôs a anular a influência sindical no manejo das obras sociais, como uma estratégia a mais na sua política de redução das fontes de poder financeiro e político dos sindicatos.

Embora o projeto tenha fracassado naquela ocasião, retomou-se o tema no momento de discutir a Lei de Seguro de Saúde elaborada pela administração Alfonsín e defendida no Congresso por deputados liberais. Nesse momento, o projeto de Seguro foi apontado como *estatizante* tanto pelos liberais como pelos defensores da manutenção do sistema de obras sociais com a orientação estatal/corporativa que tivera desde suas origens, que retiraram o apoio político à reforma. A proposta, contudo, incorporava uma cota de controle estatal que provavelmente atenuaria os componentes mais dissolventes da crise que começava a acirrar-se.

Nos últimos anos, tornou-se mais intenso o debate em torno da transformação/reformulação das bases do sistema de obras sociais, em virtude de diferentes fatores emergentes que estimularam o linhamento dos atores interessados no tema.

Em primeiro lugar, a própria crise do sistema estimulou as recriminações recíprocas entre prestadores e prestatários de serviços. Os primeiros insistindo na má gestão das obras sociais, na canalização de recursos para atividades não vinculadas à atenção médica (turismo, habitação, assistência etc.) e no clientelismo que leva ao sobredimensionamento dos quadros de pessoal administrativo. As entidades prestatárias, por sua vez, pressionaram em favor do congelamento das tarifas, especularam com os atrasos nos pagamentos, começaram a procurar prestadores alternativos por meio de convênios fechados.

Num segundo momento, pareceu tomar impulso uma orientação favorável à reforma em profundidade do sistema, que não se podia vincular linearmente com a proposta liberal/mercado/privatista, já que introduzia forte componente de intervenção estatal mas supunha mudança drástica das regras do jogo. O projeto foi recebido com alarma pelas corporações integradas ao sistema, principalmente porque veiculou-se por meio de um documento do Banco Mundial, entidade que sem dúvida conseguira fazer-se ouvir nos gabinetes oficiais.

O documento respaldado pelo Banco Mundial inseria-se de algum modo nas propostas de focalização, privatização e descentralização que em geral se associam à ofensiva neoliberal. Todavia, longe de confiar no exclusivo desenvolvimento de mecanismos de mercado, previa um aprofundamento do compromisso organizador e regulador do Estado, neste caso os governos provinciais. Assegurada por essa regulação, a livre competição entre prestadores, num mercado com recursos homogêneos para a cobertura da totalidade da população, colocava-se como condição que asseguraria a eficácia e a eficiência na prestação de serviços.

O texto do documento defendia a necessidade de assegurar à totalidade da população *pelo menos o acesso real* aos serviços de primeiro nível de atenção, ao mesmo tempo que reclamava maior eficácia e eficiência na utilização dos recursos.

Propunha, além disso, a federalização dos programas de saúde, a coordenação de todos os serviços e a concentração das ações nas famílias com maior risco epidemiológico e nas zonas com maiores necessidades. A base organizativa resultaria da *interação de entidades prestadoras de serviços de saúde dos três subsetores: público, privado e da seguridade social, em condições similares de qualidade adequada para oferecer estes serviços, de tal maneira que obtenham maior sucesso as entidades que sejam mais eficientes e oportunas na prestação dos serviços e dêem melhor tratamento aos usuários.*

As províncias que quisessem participar do programa poderiam receber assessoria técnica e apoio financeiro para levar a cabo a primeira etapa do *Programa de Desenvolvimento dos Serviços Provinciais de Saúde,* desde que tivessem cumprido os requisitos de saneamento fiscal estabelecidos sob o Programa Federal de Saneamento Financeiro e Desenvolvimento Econômico que, esperava-se, começaria a ser executado em 1991.

Outros aspectos relevantes que merecem ser citados compreenderiam a descentralização dos estabelecimentos oficiais e a possibilidade de transformá-los em entidades de economia mista, ou adaptar outras formas jurídicas como *a gestão comunitária e a sociedade privada.*

Para os beneficiários das obras sociais, o financiamento estaria ga-

rantido pelas respectivas contribuições. Os não filiados a obras sociais que quisessem ingressar no sistema pagariam cotas de acordo com sua capacidade econômica: no caso dos indigentes, sua contribuição estaria a cargo do governo provincial ou municipal[15].

Em resumo, o modelo proposto baseava-se num esquema de subsídio à demanda para a aplicação dos fundos dedicados pelo Estado à atenção do indigente, fórmula que, por outro lado, constituía proposta bastante generalizada entre os funcionários do setor. Este mecanismo, que sem dúvida constitui estímulo à oferta privada, combinava-se com a incorporação das instituições públicas a uma lógica empresarial que as deixaria em condições de competir num mercado que se definiria em nível regional e, caso se cumprissem as previsões do projeto, seria altamente regulado no tocante ao credenciamento de estabelecimentos, normatização dos serviços do primeiro nível de atenção, controle de qualidade e oportunidade das prestações, controle de custos para os medicamentos básicos ou essenciais e aplicação de sistemas modernos de gerência e administração.

A ameaça do programa que resumimos às prerrogativas das entidades corporativas vinculadas à seguridade social estimulou-as a rever as bases de seu confronto e a assumir o debate público com propostas destinadas a garantir a viabilidade do modelo organizativo vigente. O reconhecimento das dificuldades financeiras e o recorte à acessibilidade que elas supõem associa-se à existência de falhas de determinados agentes que, segundo essa leitura, não deveriam atribuir-se a condições intrínsecas do sistema.

Os temas de maior repercussão ligaram-se ao saneamento das obras sociais, que solicitavam ao governo um subsídio para enfrentar dívidas de quatrocentos milhões de dólares. A concessão do benefício fez parte das negociações mais globais do governo com a C.G.T., relacionadas, entre outras coisas, com a aceitação pela central operária da nova lei de emprego, elemento estratégico na política de desregulação e diminuição de custos trabalhistas para o setor empresarial.

A concessão do subsídio, porém, sujeitou-se a que as instituições atingidas pusessem em prática políticas de racionalização para promover uma reorganização abrangendo a política de prestações, as modalidades de contratação, a adequação do gasto administrativo, a reformulação de dotações, a informatização e *tudo o que seja necessário para tornar o sistema eficiente*[16].

O dirigente sindical Guerino Andreoni, presidente da ANSSAL, reconhece a necessidade de redimensionar o sistema, reduzindo para *vinte ou trinta* o número das obras sociais, de modo a assegurar a cada uma delas uma quantidade mínima de beneficiários que garantam sua viabilidade econômico-financeira. Propõe-se reduzir o gasto administrativo a

8% do total e destinar 80% dos rendas ao financiamento das prestações de atenção médica. Também da parte dos prestadores se produzem manifestações associadas à defesa do sistema: a CONFECLISA e a COMRA, há muito tempo protagonistas de um confronto que não chegava aos meios de comunicação mas constituía um dado reconhecido no interior do setor, enfrentam a opinião pública com um comunicado conjunto em que reclamam *a reforma do Estado e da Saúde.* No mesmo comunicado, declaram o firme apoio de ambas as instituições ao sistema de obras sociais, que *reconhecem como instrumento eficaz, condizente com nossa realidade nacional no âmbito social, político, econômico e histórico, instaurado para promover e concretizar, entre outros princípios, os de solidariedade, igualdade, eqüidade, uniformidade e dignidade humana na concessão e utilização dos benefícios da Seguridade Social, como impõe a Constituição Nacional*[17].

O aporte das corporações prestadoras à reforma da seguridade social passa pela disposição de aceitar os chamados *convênios de risco.* Nesse tipo de contrato, as instituições que representam os prestadores acertam com as obras sociais o pagamento de determinado *per caput* para dar atenção à totalidade de seus beneficiários. Garantem assim às instituições financiadoras a possibilidade de pôr seus orçamentos em ordem e planejar a utilização dos recursos sem o temor de desajustes não previstos. Por esse mecanismo, as instituições prestadoras assumem os possíveis riscos financeiros vinculados ao sobrefaturamento ou sobreprática, já que se encarregam da conversão do pagamento por beneficiário em honorário por ato médico ou encargos hospitalares por internacão, mecanismos tradicionais de remuneração da prática profissional no sistema[18].

Quando apareceu o mencionado comunicado, a segunda grande ofensiva neoliberal já havia ocorrido. A 7.ª Convenção da Associação de Bancos Argentinos, reunida em Buenos Aires em agosto de 1991, dedicara boa parte de suas deliberações à discussão da reorganização dos Sistemas de Seguridade Social e em especial a um projeto de reorganização do sistema de atenção médica apresentado pela Fundação de Investigações Econômicas Latino-Americanas (FIEL).

O projeto teve significativa repercussão jornalística e muito depressa converteu-se no eixo do debate sobre a reformulação do sistema de obras sociais.

A proposta da FIEL parece inspirar-se no sistema de saúde chileno. Propõe uma diferenciação em três áreas, segundo o mecanismo de financiamento: I) Programa Nacional de Saúde; II) Sistema de Seguro de Saúde; e III) Entidades Privadas de Saúde.

O Programa Nacional de Saúde seria financiado por contribuições fiscais, teria como beneficiários aposentados e pensionistas, indigentes, in-

capacitados físicos, doentes mentais e crônicos. As entidades encarregadas da cobertura seriam selecionadas mediante licitações periódicas.

O Sistema de Seguro de Saúde encarregar-se-ia da cobertura dos trabalhadores do mercado formal e autônomos, com seu respectivo grupo familiar primário. Seria financiado por desembolsos individuais, e por contribuições patronais e dos trabalhadores de acordo com as remunerações. As contribuições sobre os salários integrariam um Fundo de Seguro, redistribuído entre todos os beneficiários por meio de bônus com valor variável segundo o risco de enfermidade atribuído a cada indivíduo.

Concede-se aos beneficiários a liberdade de escolher a entidade seguradora, que fixará os preços dos diferentes planos e categorias de risco.

Por último, o subsetor de Entidades Privadas seria composto por instituições que captem demanda espontânea e não estejam sujeitas a nenhum tipo de regulação econômica[19].

O interesse da Associação de Bancos Argentinos pela reforma das leis de Seguridade Social vincula-se, sem dúvida, à colocação em prática do Plano de Conversão, que constituiu um indicador significativo da decisão do Ministro Cavallo de levar adiante sua política de estabilização, e à subseqüente aprovação do Decreto de Desregulação Econômica, n.º 2.284/91. Assinala-se no seu preâmbulo que o Poder Executivo assume competências legislativas, *premido pela necessidade de liberar a população das restrições ao exercício de seus direitos e garantias constitucionais e das regulações que estabeleceram inúmeras limitações aos direitos de comerciar, trabalhar e exercer atividade industrial...* Não é demasiado ousado especular que o capital financeiro considerava a possibilidade de integrar essa nova linha de negócios às suas atividades, sofrendo naquele momento as limitações próprias do ajustamento necessário às novas condições de estabilidade e ao retrocesso do Estado como tomador de crédito no sistema bancário.

O debate em torno da reformulação do sistema de obras sociais incorpora, em fevereiro de 1992, um projeto enviado ao Congresso pelo Poder Executivo Nacional. Ele inscreve-se no âmbito do relativo êxito do programa de conversão e do apreço generalizado da opinião pública pela gestão do Ministro Cavallo. Seu texto provém de colaboradores próximos ao ministério, pois se elabora na Secretaria de Coordenação Técnica e Administrativa do Ministério da Economia.

Os pontos principais da proposta enviada ao Congresso podem resumir-se da seguinte forma:

I) Criação da Organização Solidária de Atenção Médica (OSAM), que se encarregará de garantir que as prestações médicas da Seguridade Social sejam oferecidas sob os princípios de solidariedade, eficiência e liberdade de escolha da entidade financiadora.

II) Manutenção da obrigação das contribuições dos trabalhadores e empregadores ao Sistema de Obras Sociais da Lei 23.660.

III) Homogeneização dessas contribuições individuais por cada trabalhador, arrecadada em função da Contribuição Unificada da Seguridade Social, por meio do Sistema Único de Seguridade Social (SUSS), e aos quais se somarão os fundos provenientes do Estado (para a cobertura de desempregados e carentes) mais os que aderirem voluntariamente. O total da arrecadação será dividido pela quantidade de beneficiários (titulares e familiares ao seu cargo). O resultado dessa divisão determinará uma soma por beneficiário denominada CUPAM *(Cuota Parte Dineraria de Atención Médica)*.

IV) Liberdade de afiliação dos beneficiários aos distintos prestatários do Sistema. Cada titular de uma CUPAM poderá escolher livremente a Entidade Prestatária de sua preferência, a qual, a partir da escolha, receberá o aporte correspondente ao beneficiário, por si e seu grupo familiar.

V) Incorporação automática, como Entidades Prestatárias Provisórias, das obras sociais anteriormente regidas pelas Leis 23.660 e 23.661, e a adesão voluntária, após um período de tempo, das obras sociais provinciais e municipais, sistemas privados de medicina pré-paga, associações de prestadores, entidades mutuais, gestoras mandatárias e outras empresas.

VI) Estabelecimento de um Regime de Atenção Médica Básica, que as Entidades Prestatárias devem garantir aos que a elas aderirem: Atenção Médica Primária (Promoção e Prevenção), Secundária (Assistência e Recuperação), Terciária (Reabilitação) e Saúde Mental.

A filosofia do projeto assenta-se na idéia de que a livre escolha dos beneficiários estimulará as obras sociais que estejam em condições de sanear sua administração a manter e fortalecer sua presença no sistema. A necessidade de competir induzirá ao ajuste da relação entre prestatárias e prestadoras num regime baseado na liberdade de contratação.

Ocupamo-nos até agora dos projetos ordenadores, sobre os quais pouco ou nada se avançou tanto na esfera legislativa como na esfera das próprias obras sociais ou seu organismo regulador. A pergunta que se impõe é o que está sucedendo de fato no sistema.

Sentido e orientação das transformações

As modalidades de organização e financiamento dos serviços de saúde estão passando por um processo de transformações que independe do debate em torno de sua futura regulação.

Tais mudanças parecem indicar uma acomodação relativa, destinada a moderar o impacto da crise financeira da seguridade social e das políticas de ajuste fiscal sobre as debilidades e distorções do sistema, de caráter estrutural. Como não parecem existir, ao menos até o momento, indicadores que permitam esperar o alívio de tais condições, é possível supor que as transformações prosseguirão até encontrar novo patamar de equilíbrio, indubitavelmente modificando, parcial ou totalmente, as formas organizativas preexistentes.

Como já assinalamos, o diagnóstico mais geral das deficiências do setor remete às suas condições de fragmentação. A fragmentação é um dado constitutivo do setor saúde na Argentina que, embora habitualmente analisado em irracionalidade, obedece, conforme procuramos demonstrar em nosso enfoque histórico, a certa racionalidade que o vincula às características particulares do nosso sistema político. Essa fragmentação historicamente constituída e a racionalidade em que se sustenta produzem sólida matriz de relações sociais sobre a qual é necessário pensar as possíveis transformações futuras.

Se se compartilha esse diagnóstico, é muito difícil pensar numa lógica homogênea de transformações que ou afirme o modelo preexistente, atenuando o impacto das dificuldades financeiras, ou o substitua por outro esquema organizativo, condizente com alguma das propostas divulgadas nos últimos meses. A não ser que ocorra transformação substantiva nos níveis de condução do sistema, em função de uma atividade reguladora do Estado autêntica e consentida ou de alguma aliança intersetorial de forças capaz de impor-se ao conjunto em virtude da construção de uma nova hegemonia, o que se pode esperar é o que, na realidade, já está acontecendo: a reformulação do sistema se produz dentro da fragmentação existente, aumentando a complexidade, a estratificação e a iniqüidade, que constituem seus traços mais críticos.

Na tentativa de tornar esse diagnóstico mais preciso, é necessário assinalar, em primeiro lugar, que a participação da empresa privada na produção setorial continua em evolução ascendente. Uma interrogação a formular se refere à possibilidade de prever as transformações que ocorrerão dentro do setor privado, com papéis ampliados e possivelmente redefinidos. A maior ou menor concentração de provedores de serviços, o crescimento do trabalho assalariado, por capitação ou com retribuição globalizada, o futuro das formas corporativas de gestão, a efetiva presença do setor correspondente ao grande capital financeiro, constituem neste momento um dos possíveis cenários das transformações, e não parece claro o rumo final das mudanças. Não há dúvida de que vem aumentando a presença de empresas administradoras de sistemas de pré-pagamento e começam-se a introduzir modalidades de seguro privado

com cobertura de determinados riscos, conforme o modelo generalizado nos Estados Unidos. As principais diferenças incorporadas a esses novos sistemas residem no abandono da modalidade generalizada de cobertura mais ou menos integral e a incorporação de técnicas atuariais para o cálculo de risco, o que representa um claro avanço relativo às técnicas de gestão empresarial.

As empresas de pré-pagamento vêm realizando, por meio da imprensa especializada, agressiva campanha em defesa da alternativa de livre escolha como base da qualidade da atenção oferecida e da eficiência na administração dos recursos destinados ao seu financiamento.

Essas empresas reúnem-se em duas entidades empresariais, a CIMARA, Câmara de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina, e a ADEM, Associação de Entidades de Medicina Pré-Paga, sendo que esta inclui empresas sem capacidade instalada própria. Conforme a informação proporcionada por ambas as entidades, existia em 1953 apenas uma empresa de medicina pré-paga. O número chegou a 35 em 1978 e a 79 em 1991, caso se contabilizem apenas as instituições registradas nas câmaras. Um censo realizado em 1989 contabilizou 79 empresas de medicina pré-paga na Capital Federal e cinqüenta na Grande Buenos Aires, com 1.500.000 beneficiários. Para a totalidade do país, estima-se uma cifra aproximada de 240 entidades, com 2.500.000 beneficiários.

As empresas de pré-pagamento começaram a fazer contratos com as obras sociais, contornando desse modo — possivelmente ao amparo de uma política desreguladora que ainda não sancionou o instrumento jurídico específico — as disposições da Lei do Seguro que proíbe expressamente às prestatárias a contratação de atenção médica para seus beneficiários de empresas intermediárias.

No que se refere especificamente à seguridade social, começaram a diversificar-se as formas de cobertura. Formalizaram-se em alguns casos contratos com os prestadores em que estes garantem a eliminação do *plus*, também se começou a incursionar nos contratos de risco por esquemas de capitação e, de forma excepcional, introduziram-se pagamentos globalizados para as práticas de internação.

Os abalos causados pela crise afetaram a coesão das corporações de prestadores. Durante mais de três décadas, a CONFECLISA e suas filiais conseguiram manter unido um conjunto heterogêneo de instituições de internação, muito diferentes umas das outras quanto a capacidade instalada, nível de equipamento e capacidade de gestão empresarial. O esforço de modernização empreendido por algumas instituições nos últimos quinze anos separou-as ainda mais da massa de pequenas e médias empresas com poucas possibilidades de subsistir num mercado francamente competitivo.

Em tais condições, a necessidade de reduzir custos em virtude da manutenção dos contratos com as obras sociais ou da introdução de sistemas de pagamento por capitação estimulou a competição no interior da corporação hospitalar. Tal competição se expressa por vias diferentes: uma delas exige a introdução de mecanismos de categorização que reatualizem a capacidade de oferta de cada uma das instituições-membro; em outros casos formam-se no interior das organizações de primeiro nível blocos para aderir de maneira independente aos contratos por capitação; por último, começou-se a discutir a idéia de transformar as entidades em câmaras empresariais, de modo que deixariam de produzir contratos gerais como representantes do conjunto de membros aderentes e estes recuperariam a liberdade de decidir seus próprios mecanismos de vinculação com as entidades prestatárias.

Que leitura se pode fazer desses processos? Em primeiro lugar, parece evidente que o mecanismo de mercado, nunca totalmente ausente do sistema de contratação com as obras sociais, começou a tornar-se hegemônico. A diferenciação interna das instituições do sistema chegou a limites que afetam o vínculo entre suas partes. A diferente capacidade de pagamento das entidades prestatárias e a diferenciação de custos e possibilidade de captação de demanda dos prestadores superou o nível compatível com a manutenção de convênios globais. Muitos dirigentes de obras sociais assumiram abertamente o desafio de converter-se em empresários e os que controlam entidades com número significativo de beneficiários contam com uma base importante para a discussão de convênios por capitação. Formaram-se Uniões Transitórias de Empresas (UTEs) para canalizar contratações fora dos âmbitos tradicionais. Produziram-se também acordos inéditos entre instituições do setor público, organizações sindicais e hospitais privados para concorrer em grandes licitações, a exemplo das realizadas pela obra social que congrega os aposentados. As corporações profissionais, por sua vez, começaram a desenvolver novos instrumentos de gestão a fim de adequar sua capacidade de oferta às novas exigências impostas pelo mercado.

Pode-se dizer que a principal transformação está ligada à dinâmica diferente que assumiu o conflito distributivo. Seus principais protagonistas deixaram de ser prestadores individuais que põem em prática condutas *perversas* alheias ao compromisso aceito por suas instituições representativas. A luta tornou-se explícita e se traduz em conflitos inter e intra-institucionais: grupos de prestadores competem por segmentos de mercado. Não se pode dizer, todavia, que esse mercado tenha ganho transparência, nem que o resultado da luta se defina em todos os casos pela competição de preços ou diferenciação de produtos. Lamentavelmente, as condutas *perversas* não desapareceram e governam, em al-

guns casos, a nova lógica de apropriação dos recursos que circulam no setor.

As transformações no subsetor público

Aproveitando o censo populacional de 1980, o Instituto Nacional de Estatística e Censos (INDEC) desenvolveu um programa para calcular o nível de pobreza na Argentina. Os resultados foram impactantes, pois se verificou a existência de cerca de sete milhões de pessoas vivendo abaixo do nível de condições críticas. A investigação abriu, além disso, possibilidades de reflexão sobre os processos de empobrecimento, combinando os dois critérios tradicionalmente utilizados para medir a pobreza. O critério de medição segundo necessidades básicas insatisfeitas serviria para detectar os pobres *estruturais* — que têm moradia precária, baixo nível educacional ou outras condições de carência — ao passo que o critério de linha de pobreza, ao distinguir lares como pobres de acordo com a renda total recebida, detectaria os *lares pauperizados*, de particular relevância no caso argentino e particular significado quando se trata de medir o impacto da crise e as transformações estruturais que dela resultaram.

Não há dados recentes para o total do país, mas um estudo realizado sobre a Grande Buenos Aires mostra que entre 1980 e 1990 a pobreza cresceu 65%, passando de 20 a 35% do total de lares[20]. Enquanto os pobres estruturais mantiveram sua incidência percentual (16%), os pauperizados cresceram de 4,2% a 16,1%.

É a essa população crescentemente pauperizada que devem os hospitais públicos prestar serviços. Sua clientela foi aumentada nos últimos anos pelos que foram expulsos do sistema de trabalho formal e passaram a trabalhar *por fora* ou em serviços autônomos de ingresso muito baixo, perdendo sua cobertura de seguridade social. É muito provável que também tenha aumentado a afluência ao hospital público dos setores que, embora possuidores de cobertura social, são *expulsos* do sistema pela incidência dos *tickets* moderadores ou do *plus*.

O setor público é crescentemente residual em relação aos serviços de atenção médica na Argentina e suas condições são francamente deficitárias. Segundo o Doutor Avelino Porto, um dos cinco ministros de Saúde que de 1969 até hoje se sucederam na administração peronista, *a excessiva oferta de vagas disponíveis no subsetor público, o grau de obsolescência da estrutura municipal, o déficit de equipamento, a superposição de prestadores de serviços em jurisdições diferentes etc., constituem as principais razões para que seja necessária sua racionalização funcional, pois se*

estima que sejam necessários 100.000 leitos, compreendendo os subsetores público e privado para todo o país.

Com a estimativa dos leitos ocorre o mesmo que com o cálculo do gasto. Falar de 100.000 leitos entre setor privado e público implica admitir a redução de 50.000 dos existentes. Mas a quem caberá decidir que leitos se fecham e se mantêm abertos em virtude de distribuição regional, patologias prevalentes e, questão não incidental, capacidade de pagamento da população adscrita? Algo semelhante sucede com a estimativa do gasto: afirma-se que quatrocentos dólares por habitante/ano nos colocaria num nível de alocações suficiente para responder às necessidades de atenção médica da população, sem que se reconheça nessa média uma cifra ilusória que não reflete as distorções na alocação e utilização dos recursos em circulação dentro do setor.

Algumas tendências gerais de mudança, associadas às estratégias de *privatização e descentralização,* começaram a manifestar-se no setor público. A implementação das medidas não responde, todavia, a decisões de aplicação geral, de maneira que só seria possível realizar um diagnóstico preciso analisando uma a uma as instituições. Vamos limitar-nos aqui à descrição das mais relevantes.

É preciso mencionar, em primeiro lugar, a cobrança de taxas. As instituições do setor público do país foram tradicionalmente gratuitas e abertas a toda a população. A cobrança de uma taxa sobre as prestações médicas, para enfrentar a insuficiência de recursos, fora proposta ocasionalmente e sem maior êxito em épocas distintas. Nos últimos anos, porém, a prática começou a generalizar-se através de *contribuições voluntárias* ou da aplicação direta de uma tabela de preços que, teoricamente, só oneraria os que tivessem condições de pagá-los. Outra forma de tabelamento se dá através de uma política sistemática de detecção de pacientes com cobertura social, de modo a responsabilizar a respectiva instituição financiadora pelo pagamento da atenção recebida.

Em segundo lugar, começam a difundir-se contratos com setores privados em condições de incorporar tecnologia, o que significa a privatização de determinadas áreas hospitalares. Este processo relaciona-se à escassa incorporação de tecnologia de média e alta complexidade pelas instituições do setor. Para responder às respectivas necessidades de diagnóstico e tratamento recorre-se a duas estratégias diferentes: ou se autoriza a determinados profissionais a instalação do recurso no próprio hospital, com o compromisso de outorgar determinado número ou porcentagem de atendimentos sem ônus, ou o hospital contrata serviços nas instituições privadas nos casos em que sua infra-estrutura não satisfaz às necessidades de certos pacientes ou há saturação da capacidade existente.

Por último, é a *descentralização,* com toda a carga de ambigüidade

que implica sua utilização, a estratégia hegemônica na definição de políticas no setor público. Mais que o acesso a uma autarquia administrativa, a descentralização colocada em prática em âmbito nacional a partir de 1986, em vinte estabelecimentos distribuídos em diferentes pontos do interior do país, supôs certa agilização de trâmites e eliminação de burocracia. Os resultados foram a maior eficiência na utilização dos orçamentos, a possibilidade de utilizar certos recursos excepcionais — originários, por exemplo, da contratação com as obras sociais — e a maior independência em aspectos arquitetônicos e de manutenção da infra-estrutura. As maiores falhas parecem ter residido na insuficiente assistência técnica, que teria sido indispensável para melhor qualificar o pessoal em tarefas administrativas[21].

Tiveram orientação diferente os processos descentralizadores realizados por províncias como Mendoza, Santa Fé e Buenos Aires. Nesta, conforme declarações do respectivo ministério, o projeto de descentralização permite que cada estabelecimento elabore e manipule seu orçamento anual de maneira autárquica, conforme pautas gerais determinadas na respectiva lei. A reforma inclui, ademais, o tabelamento, pois entre os recursos à disposição de cada hospital assinala-se *a cobrança das prestações a obras sociais, mutuais ou qualquer outra forma de cobertura oficialmente reconhecida, e a cobrança por serviços prestados a empresas, entidades civis, sindicais ou particulares*[22].

Na Capital Federal também se aspira a colocar em prática, a partir de 1992, um processo de descentralização hospitalar, mas pouco se avançou para tornar a medida efetiva. A tabela de preços foi implantada em 1991, sob a forma de *pagamento voluntário* solicitado aos usuários por atendimentos recebidos, independentemente de terem ou não cobertura. A reforma mais significativa reside, sem dúvida, na privatização dos serviços de manutenção, entregues em concessão por um prazo de dez anos.

Mas o maior impacto de descentralização relaciona-se certamente à transferência do nível central para as províncias da total responsabilidade financeira pelos serviços de saúde e educação. A transferência foi deslanchada no início de 1992 como instrumento de aprofundamento da reforma fiscal. Em função da nova composição da arrecadação tributária, em que se deu destaque aos impostos co-participantes entre governo central e províncias, a medida destina-se a obrigar ao ajuste os governos provinciais ainda reticentes em aceitar as pautas de gasto que se propôs o governo central.

Esta estratégia pode associar-se claramente aos processos de tabelamento e autarquização hospitalar. O hospital público é concebido como unidade que deve tornar-se progressivamente auto-suficiente, buscando recursos da cobrança de suas prestações ou do apoio da comunidade em

que se insere. A caracterização do hospital ou centro de saúde como empresa, que deve competir em igualdade de condições com o setor privado para absorver as prestações médicas da seguridade social, os seguros privados ou a cobertura que o Estado possa dar à população sem recursos, está deixando de ser só uma reivindicação proveniente das organizações empresariais do setor para transformar-se em prática defendida com entusiasmo por muitas administrações hospitalares.

Reflexão final

Embora não seja possível delimitar tendência uniforme na reformulação do sistema de serviços, é indubitável que a lógica que governou a constituição de seus atores significativos e, por conseguinte, a conformação das relações de poder dentro do setor está sofrendo o impacto das condições da crise e das estratégias postas em prática para absorvê-la, tanto no nível macro como no especificamente setorial.

Passada esta etapa de transformações, com certeza veremos a profunda alteração do mapa setorial no que se refere aos seus principais protagonistas, à distribuição dos recursos em circulação e às relações geradas entre instituições, grupos e indivíduos. Seria ousadia excessiva entrar num jogo de *ficção política* e aventurar a futura conformação desse cenário. Mas se não forem profundamente revertidas as tendências percebidas no presente, pode-se pensar no aumento da estratificação, no incremento das condições críticas e na intensificação dos mecanismos de exclusão que já discriminam as partes mais débeis do sistema.

Notas

[1] CENTRANGELO, Oscar, DAMILL, Mario, KATZ, Jorge, LERNER, Laura, & RAMOS, Silvina (1992) *Desregulación y salud. Un análisis de la reforma de la seguridad social.* Buenos Aires, mimeo.

[2] Cf. KATZ, Jorge (1990) Reestructuración industrial, gasto público y equidad social. *Doxa I* 2:27-30.

[3] DIEGUEZ, Héctor, LLACH, Juan J. & PETRECOLLA Alberto (1990) *El gasto público en el sector salud.* Volume IV de "El gasto público social". Buenos Aires, Publicação do Instituto Torcuato Di Tella.

[4] Idem. Ibidem.

[5] Informação mais detalhada pode ser obtida em PÉREZ IRIGOYEN, Claudio (1898) Política pública y salud. In ISUANI, Ernesto & TENTI, Emilio (comp.) *Estado democrático y política social.* Buenos Aires, Eudeba, p. 173-80.

[6] MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL (1980) *Cadastro nacional de recursos y servicios para la salud.* Buenos Aires.

[7] Trata-se do informe já citado de CENTRANGELO et al. op. cit., que utiliza informação do INDEC e dados elaborados por DIEGUEZ et al. Op. cit. e GONZALEZ GARCIA, B., ABADIE, P., LLOVET J. J. & RAMOS, S. (1987) *El gasto en salud y en medicamentos — Argentina, 1985.* Buenos Aires, Estudios CEDES/CONCISA.

[8] Cf. BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos, PERSELLO, Ana Virginia & QUIROGA, Hugo (1986) *Las instituciones de salud en la Argentina liberal. Desarrollo y crisis.* Buenos Aires, Ed. Secretaría de Ciencia y Técnica; BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos, PERSELLO, Ana Virginia & CARNINO, Maria Isabel (1988) *Corporación médica y poder en salud.* Buenos Aires, Ed. OPS/OMS, Representación Argentina; BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos. CARNINO, Maria Isabel & PERSELLO, Ana Virginia (1991) *Fundamentos históricos de la contrucción de relaciones de poder en el sector salud.* Buenos Aires, Ed. OPS/OMS, Representación Argentina.

[9] BELMARTINO, Susana et al. *Fundamentos históricos...,* cit. p. 94.

[10] BLACHNER DE MOLINERO, Isabel et al. (1985) *Gasto en salud y utilización de servicios en el sistema de obras sociales.* 2 volumes,Buenos Aires, mimeo.

[11] LERNER, Laura (1988) Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de obras sociales seleccionadas. *Cuadernos Médico Sociales* 45:19-32, setiembre.

[12] FUNDACION DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS LATINOAMERICANA (1991) *El sistema de obras sociales en Argentina. Diagnóstico y propuesta de reforma.* Asociación de Bancos Argentinos. 7.ª Convención de Bancos Privados Nacionales, Buenos Aires, agosto, mimeo.

[13] BELMARTINO, Susana & BLOCH, Carlos (1988) Aportes para la discusión del sistema de obras sociales. *Cuadernos Médico Sociales* 44:3-36, junio.

[14] KATZ, Jorge & MUÑOZ, Alberto (1988) *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad.* Buenos Aires, CEPAL, p. 33-4.

[15] (1990) *Proyecto de salud del Banco Mundial y análisis de los sectores.* Buenos Aires, octubre, mimeo.

[16] Saneamiento de obras sociales. *El Consultor de Salud* II 26:2, 18 de octubre de 1991.

[17] Médicos y clínicas: defender el sistema de seguridad social. *El Consultor de Salud* II 27:16, 1.º de noviembre de 1991.

[18] FUNDACION DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS LATINOAMERICANA. *El sistema de obras sociales en la Argentina...,* cit.

[19] (1992) *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina.* Buenos Aires, UNICEF, Losada.

[20] DIEGUEZ et al. (1990) Op. cit.

[21] Declarações do Ministro Ginés Gonzáles García em *El Consultor de Salud* I 1:13, 5 de octubre de 1990.

SAÚDE E DESIGUALDADE: O CASO DO BRASIL

PAULO MARCHIORI BUSS

O Brasil é um país-continente: com 8,5 milhões km^2 e aproximadamente 146,1 milhões de habitantes em 1991, é o maior país da América Latina e o quinto do mundo em extensão territorial e população.

É a oitava maior economia do mundo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de cerca de 375 bilhões de dólares, o que significa uma renda *per capita* em torno de 2.550 dólares. Não obstante, esta riqueza é profundamente concentrada e mal distribuída, causa principal das péssimas condições de vida e saúde da grande maioria da sua população.

Este trabalho pretende apresentar o perfil das condições de saúde da população brasileira e analisar as dimensões, as características e as transformações recentes do sistema de saúde do país. Seu desenvolvimento vem ocorrendo de forma subordinada aos interesses da acumulação do capital no setor, em detrimento do atendimento às reais necessidades de saúde da população, configurando-se, em conseqüência, um quadro de desigualdade extrema, seja no tocante às condições de vida, seja no acesso aos serviços de saúde.

Características geográficas, sócio-econômicas e demográficas

O Brasil está dividido em cinco macro-regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) que, segundo o grau de desenvolvimento das forças produtivas e por peculiaridades históricas e culturais, apresentam diferentes realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias.

O Brasil é uma república federativa, dividida em 27 estados e cerca de 4.500 municípios, 500 deles novos, instalados entre 1980 e 1990. Quase 70% deles têm população total (urbana e rural) abaixo de vinte mil ha-

bitantes e cerca de 90% abaixo de cinqüenta mil. Entretanto, estes 90% (4.025 municípios) reúnem apenas 38,9% da população, ao passo que os 10% restantes (466 municípios) concentram 61,1%. Só as nove principais Regiões Metropolitanas do país reúnem cerca de 28,9% da população nacional (IBGE, 1992).

A Tabela 1 apresenta a distribuição da população brasileira por regiões, com base no Censo de 1991.

Tabela 1
Distribuição da população brasileira segundo grandes regiões.
Brasil, 1991

Regiões	População	%	Hab/km^2
Norte	10.146.218	6,94	2,38
Nordeste	42.387.328	29,00	27,37
Sudeste	62.121.357	42,50	67,16
Sul	22.079.703	15,11	38,21
Centro-Oeste	9.419.896	6,45	6,49
Brasil	146.154.502	100,00	17,17

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 1991.

O modelo de desenvolvimento adotado no país nas últimas décadas, caracterizado como *modernização conservadora,* foi determinante para um conjunto de situações contraditórias de natureza demográfica e social, que guardam estreitas relações com o quadro sanitário e que podem ser assim caracterizadas:

a) Urbanização acelerada — A população urbana passou de 31,2% em 1940 para 75,6% em 1991. Entre 1940 e 1990 o número absoluto de pessoas vivendo nas áreas rurais cresceu cerca de dez milhões, ao passo que nas áreas urbanas este crescimento foi de cem milhões.

Essa situação resulta da conjugação de *fatores de atração* dos centros industrializados sobre as populações rurais (oportunidades de emprego, salários mais atrativos, melhores condições gerais de vida, entre outros) com *fatores de expulsão,* devidos à introdução das relações capitalistas no campo, à alta concentração na posse da terra e às péssimas condições de vida das populações rurais do país.

b) A emergência de *megalópoles* em regiões de grande atividade econômica, como São Paulo, Rio de Janeiro e outras sete importantes regiões

metropolitanas, que concentram cerca de 29% da população (mais de 42 milhões de pessoas) em apenas 137 municípios (IBGE, 1992).

Entre os principais problemas relacionados com essas mega-aglomerações urbanas de mais de um milhão de habitantes estão a oferta insuficiente de empregos, o grande déficit habitacional e, por conseqüência, a ocupação indiscriminada de suas periferias. Os serviços públicos de saneamento básico (água, esgotos, drenagem urbana etc.), escolas, serviços de saúde e transporte urbano são insuficientes, situação que se agrava com o crescimento da demanda superior à capacidade de investimentos públicos, dada a crise fiscal do Estado, que também afeta as municipalidades.

c) A *mobilidade espacial* permanente de uma população empobrecida — A migração foi a marca dos anos 80 (Bremaeker, 1992). De fato, observou-se entre os Censos de 1980 e 1991 importante expansão populacional no Norte (mais 53,3%) e Centro-Oeste (mais 38,4%), devido às migrações para as novas fronteiras agrícolas e extrativistas localizadas naquelas regiões. Apesar disso, o Sudeste continua sendo a região mais populosa do país, com 42,5% da população. As migrações se verificam também das áreas rurais para as urbanas, agora não mais apenas para as regiões metropolitanas, mas para as cidades médias do interior.

d) Uma *queda* importante do *crescimento populacional* desde os anos 70 — As taxas brutas anuais de crescimento, que se encontravam em torno de 3% entre os anos 1950 e 1960, caíram para 2,5% entre os anos 1970 e 1980. Entre os Censos de 1980 e 1991, a população cresceu cerca de 22,8%, ou 27,2 milhões de habitantes, o mais baixo crescimento registrado na história do país, correspondendo a uma taxa geométrica anual de 1,89% (IBGE, 1992).

O fenômeno, intimamente ligado ao processo de urbanização, é explicado em larga escala pelo decréscimo das taxas de natalidade e fertilidade, em queda desde a década de 1970 em todo o país e em todos os estratos sócio-econômicos. Entre 1940 e 1950, a *taxa de natalidade* era de 44,4 nascimentos por 1.000 habitantes, caiu para 43,2 na década seguinte; para 38,7 entre 1960 e 1970; e para 33 por mil no período 1970-1980 (OPAS, 1990).

Ao mesmo tempo, a *taxa de fecundidade*, que permaneceu relativamente estável em cerca de seis filhos por mulher durante os anos 1940-1960, começou a declinar aceleradamente na década de 70, em todas as regiões, em áreas urbanas e rurais. Este declínio persiste no período 1980-1991, mas numa velocidade maior que na década anterior: em 1980, 4,35 e, em 1991, três filhos por mulher (Bremaeker, 1992).

Devido a estas tendências, observa-se um incremento relativo na população de idosos (sessenta anos e mais), cuja proporção na população

já atinge cerca de 7,5% no início dos anos 90 (eram 4,2% em 1950). Mesmo assim, a população brasileira continua sendo predominantemente jovem, pois a faixa até quinze anos de idade atinge cerca de 40% do total da população, segundo o Censo de 1991 (IBGE, 1992).

e) Pobreza e elevada *concentração de renda* — O Brasil ingressa na década de 90 com cerca de 14,4 milhões de famílias (64,5 milhões de pessoas ou 45% da população) vivendo abaixo da linha de pobreza, isto é, ganhando até meio salário mínimo (de US$ 28 a 32 mensais) *per capita*. Destas famílias, 3,5 milhões (33,7 milhões de pessoas) encontram-se em situação de indigência, ganhando abaixo de um quarto de salário mínimo *per capita*. Isso significa dizer que, em 1990, de cada dez brasileiros 4,4 eram pobres e, destes, 2,3 indigentes (Vianna, 1992). Os percentuais de pobreza são muito mais elevados nas regiões rurais do que nas urbanas (Saboia, 1993).

Em 1981 os 50% mais pobres conseguiram 13,4% da renda, fração que caiu para 10,4% no fim da década (IBGE, 1990). No mesmo período, a apropriação da riqueza dos 10% mais ricos cresceu de 46,6% para 53,2%. O índice de Gini* passou de 0,564 em 1981 para 0,630 em 1989, um valor extremamente elevado para os padrões internacionais (Saboia, 1993).

Na realidade, segundo o PNUD (1992), a pior distribuição de renda, entre todos os países do mundo, é a do Brasil: a renda *per capita* dos 20% mais ricos é 26 vezes mais elevada do que a dos 20% mais pobres. O Nordeste, que é a região mais pobre, tem também a mais elevada concentração de renda do país.

A estagnação econômica da década de 80 e a crise da dívida externa — que transformou o Brasil e a América Latina em exportadores líquidos de capitais no período — implicaram elevadas taxas de desemprego, subemprego e violenta queda no valor real do salário mínimo (metade do valor que tinha em 1940, ou irrisórios US$ 57 em meados de 1992), com conseqüências desastrosas para o poder aquisitivo da população e, evidentemente, também nas condições de vida.

f) As taxas de *analfabetismo* são muito elevadas, atingindo oficialmente cerca de 20% da população geral, em 1989, embora em alguns estados

---

* O índice de Gini é usado para medir distribuição de renda. Ele compara a proporção do rendimento total auferido por um determinado segmento de população, em relação ao seu peso relativo no conjunto da população. Em situação de igualdade, a dada parcela de população corresponderia parcela equivalente de rendimentos. No intervalo de 0 a 1 em que pode variar, quanto mais se afasta da igualdade maior se torna, indicando pior distribuição de renda.

de regiões menos desenvolvidas, caso do Nordeste, este índice chegue a 40%. Os melhores níveis do país estão no Sul e Sudeste (taxas oficiais ao redor de 12%) (AEB, 1991). Verificam-se profundas diferenças quando se consideram as áreas urbanas e rurais, as diferentes categorias de renda ou a cor, que ainda é, infelizmente, forte indicativo da posição sócio-econômica no Brasil. Assim, a taxa de analfabetismo variava, em 1989, de 14,1% nas zonas urbanas a 38,2% nas zonas rurais do país, e foi 2,5 vezes mais elevada entre negros e pardos (AEB, 1991).

g) O Brasil, sede da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente em 1992, tem severos *problemas ambientais*, localizados não apenas na Região Amazônica, embora estes sejam os que mais sensibilizam o mundo. A contaminação ambiental por resíduos industriais e oriundos de veículos automotores acompanha o crescimento das grandes cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, que têm índices altíssimos de poluição do ar e estão vendo também serem contaminadas as suas principais fontes de abastecimento de água. A baía de Guanabara, no Rio de Janeiro; o Pólo Petroquímico de Camaçari, na Bahia; e os rios da bacia Amazônica, afetados pelo mercúrio decorrente da inescrupulosa exploração do ouro, apresentam problemas ambientais de peso, que afetam de forma cada vez mais preocupante também a saúde humana.

Ainda que se tenha registrado expressivo aumento no abastecimento de água e no tratamento de dejetos de cidades e vilas nas últimas décadas, em 1989 permaneciam cerca de 27,5% dos domicílios sem acesso a água potável, 55% das residências não atendidas por esgotamento sanitário adequado e 37% sem coleta de lixo (IBGE, 1992). Essa situação é mais grave no Nordeste, que tinha, no mesmo ano, 48,7% dos domicílios sem água potável.

O acesso ao saneamento básico é fortemente condicionado pelo nível de renda. Segundo o IBGE/PNAD (1989), em domicílios com até um salário mínimo de renda familiar apenas 37% possuíam abastecimento de água, 18,6% esgoto e 25,6% coleta de lixo adequados. Nos domicílios de dois a cinco salários mínimos de renda familiar, estas cifras sobem, respectivamente, para 73,7% (o dobro), 54,4% (o triplo) e 59,7% (mais que o triplo), para chegar a mais de 90% nos três serviços nos domicílios com mais de vinte salários.

Condições de saúde

Qualquer discussão sobre as condições de saúde padece de inúmeras dificuldades, dentre as quais a conceitualização de saúde, as deficiências

dos indicadores comumente utilizados para medi-la e a precariedade das informações disponíveis sobre mortalidade e morbidade.

Estima-se em cerca de 20% o sub-registro de óbitos no Brasil e em quase 30% o sub-registro de nascimentos (CELADE, apud OPAS, 1990). Os dados sobre morbidade são ainda mais escassos e inconsistentes, reduzindo-se a informações sobre altas hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde/SUS. Circunstanciados por tantas deficiências conceituais e metodológicas, procuramos discutir algumas tendências sobre a situação de saúde no país.

Em meados da década de 70, o Brasil completou duas décadas de crescimento econômico e melhoramento progressivo das condições de vida e de saúde. Embora o impacto favorável do crecimento econômico tenha atingido todos os segmentos da população, teve distribuição profundamente desigual que ampliou as diferenças entre distintos grupos sociais. A elevada concentração de renda que se verificou no período exigiu do Estado importantes investimentos sociais compensatórios, o que foi possível graças ao crescimento econômico e à modernização do Estado que então ocorreu.

Dessa forma, expandiram-se nas décadas de 60 e 70 os serviços públicos de saúde, educação e saneamento básico, tendo-se verificado, também com financiamento do Estado, a expansão da rede privada de serviços de saúde, como se verá mais adiante.

Os anos 80, no entanto, foram de estancamento e, mesmo, de retrocesso econômico, com pressões insuportáveis da dívida externa e da inflação. Os gastos sociais foram reduzidos drasticamente por causa das políticas de ajuste, cujas conseqüências foram a deterioração dos serviços públicos e da qualidade de vida, e uma desaceleração importante na melhoria dos indicadores de saúde e a ampliação das desigualdades.

Tais condições econômico-sociais são determinantes da transição demográfico-epidemiológica que atravessa o país, cujas características apresentamos a seguir.

Esperança de vida

A *esperança de vida* incrementou-se nas últimas décadas, passando de 42,7 anos nos anos 40, para 52,6 anos na década de 70 e para 60,1 nos anos 1980, graças principalmente à queda na mortalidade dos menores de cinco anos (AEB, 1991). A desigualdade é grande entre as regiões e os estados: no Nordeste, a expectativa de vida é de apenas 51,6 anos, ao passo que no Sul chega aos 67,0 anos. Os valores polares são encontrados nos Estados da Paraíba/NE (apenas 44,3 anos) e no Rio Grande do Sul (70,6 anos), uma diferença de 26,3 anos.

Mortalidade geral e específica

O Brasil apresentou, nos últimos anos, considerável redução da mortalidade geral — cuja taxa bruta se encontra em cerca de oito por mil —, como também na mortalidade de menores de cinco anos (Tabela 2). Entretanto, em todas as regiões, mas especialmente no Norte e Nordeste, principais focos de pobreza, encontra-se ainda grande acúmulo de mortes no primeiro ano de vida.

Tabela 2
Mortalidade proporcional (%) segundo grupos de idades.
Brasil, 1980, 1984 e 1988

Grupos de idade	1980	1984	1988
Menores de 1	24,2	19,3	14,5
1 - 4	4,6	4,0	2,5
5 - 14	2,2	2,0	1,8
15 - 44	16,0	16,6	17,7
45 - 64	20,2	21,5	22,9
65 e mais	32,7	36,6	40,6

Fonte: CENEPI. Inf. Epidem. SUS 1(3), ago 1992.

A evolução positiva do padrão de mortalidade, que indiscutivelmente existiu, relativiza-se quando, ao se aplicar as taxas específicas de mortalidade por grupos de idade vigentes em Cuba ou na Costa Rica, por exemplo, observa-se a ocorrência de cerca de 265 mil mortes em excesso no Brasil (21% mais em relação ao modelo), 46% das quais na faixa etária de zero a quatro anos (Castellanos, 1989).

Mortalidade proporcional

O quadro da *mortalidade proporcional* alterou-se com o significativo aumento, na década de 80, das causas externas (acidentes, homicídios e mortes violentas em geral), que passam a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte conhecidas para toda a população e o primeiro lugar na faixa etária dos cinco aos 44 anos, na qual são responsáveis por quase metade dos óbitos (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3
Mortalidade proporcional (%) por grandes grupos de causas. Brasil, 1984-1988

Grupos de Causas	1984	1985	1986	1987	1988
Doenças infecciosas e parasitárias	9,68	8,03	7,97	7,53	7,10
Neoplasias	11,02	11,45	11,44	11,93	11,74
Doencás do aparelho circulatório	33,35	34,46	33,51	33,72	34,52
Doenças do aparelho respiratório	10,12	10,03	10,34	9,84	10,54
Afecções perinatais	7,90	7,47	7,00	7,16	6,64
Causas externas	13,13	13,80	14,86	14,73	14,26
Demais doenças	14,80	14,76	14,88	15,09	15,20
Base (n.º óbitos)	627.584	621.622	645.985	641.124	674.437
Maldefinidos (%)	22,50	21,13	20,40	19,82	19,16
Total óbitos	809.825	788.231	811.565	799.621	834.338

Fonte: Ministério da Saúde. Estatísticas de mortalidade, Brasil, 1984 a 1988.

Tabela 4
Mortalidade proporcional(%) por grandes grupos de causas e faixas etárias. Brasil, 1988

Grupos de Causas	Menos 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	70 e +
Doenças infecciosas e parasitárias	20,35	24,98	9,58	5,64	4,51	3,07
Neoplasias	0,18	4,87	9,12	9,51	19,49	12,58
Doenças do aparelho circulatório	0,59	2,32	5,56	20,38	45,92	55,14
Doenças do aparelho respiratório	13,91	24,92	8,70	5,52	8,52	13,86
Afecções perinatais	47,70	–	–	–	–	–
Causas externas	1,16	18,92	48,85	41,69	6,65	2,66
Demais doenças	16,11	23,99	18,19	17,26	14,91	12,69
Maldefinidos (%)	21,97	30,92	14,27	12,80	15,38	24,42

Base: Óbitos totais - 834.338; Maldefinidos - 159.901.

O fenômeno da violência como causa de morte é particularmente importante entre homens jovens: o aumento da razão de sobremortalidade masculina entre quinze e 44 anos, em estudo desenvolvido para o Rio de Janeiro, teve como motivo principal as mortes por causas violentas. A taxa de mortalidade por homicídios na referida faixa etária foi 14,2 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres (Chor, Duchiade e Jourdan, 1992).

As principais causas de óbito no país entre 1979 e 1988 são, por ordem que permanece inalterada desde 1982: a doença cerebrovascular (incremento de 33% entre os anos polares da série); a doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (incremento de 26,8%, idem); o infarto agudo do miocárdio (incremento de 52,1%) e as pneumonias, cujo número de óbitos permaneceu inalterado, o que significa que proporcionalmente decresceu. A seguir, em quinto lugar, vêm os óbitos por acidentes com veículos automotores, que ocupavam a sétima posição em 1979, com um incremento de 34,2% no número de mortes; e, logo após, os homicídios, que não apareciam em 1979 na relação das dez principais causas de óbitos, e que cresceram cerca de 68% quando se consideram os anos polares da série. É interessante ressaltar a queda importante no número de óbitos por infecções intestinais, que cai do terceiro lugar, em 1979, para oitavo lugar em 1988, com menos 50% de mortes, muito provavelmente pelo incremento da saneamento e da prática da terapia de hidratação oral.

Quando se examinam os sexos separadamente, verifica-se o impressionante crescimento de 113,4% nos óbitos por homicídios entre os homens, e os aumentos de 63,4% das mortes por infarto agudo do miocárdio e de 69,7% dos óbitos por *Diabetes mellitus* entre as mulheres.

Foi impossível usar, com os dados acima, os coeficientes de mortalidade específica por causa e idade devido à indisponibilidade, até o momento, de informações detalhadas sobre população do Censo de 1991. O crescimento estimado da população para os dois anos polares da série considerada foi de cerca de 25%.

A elevada presença de "sinais e sintomas maldefinidos" (cerca de 20%) entre as causas de morte indica a baixa qualidade dos serviços de saúde no país e o ainda deficiente sistema de registros e informações.

Mortalidade infantil

A *mortalidade infantil* vem declinando no país, ainda que a velocidade desse declínio se tenha reduzido na década de 80 (Simões, 1992). Da mesma forma, a redução desse indicador é sustentadamente menor nas regiões mais pobres, de tal forma que os diferenciais de mortalidade in-

Tabela 5
Coeficiente de mortalidade infantil, por situação do domicílio.
Brasil e grandes regiões, 1985-1989

Grandes Regiões	Total	Situação do domicílio	
		Urbano	Rural
Norte	–	62,9	–
Nordeste	88,9	90,0	87,6
Sudeste	40,9	38,3	53,6
Sul	40,6	42,4	36,2
Centro-Oeste	48,2	43,9	63,6
Brasil	59,7	54,9	71,3

Fonte: IBGE/INAN. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, apud Simões (1992).

fantil entre as regiões estão mais acentuados agora, do que há duas ou três décadas atrás. O coeficiente de mortalidade infantil do Brasil situou-se, entre 1985 e 1989, na faixa de 59,7 por mil, com índice de 54,9 por mil nos domicílios urbanos e 71,3 por mil nos domicílios rurais e variou regionalmente entre 90,0 por mil no Nordeste e 36,2 por mil na Região Sul (Simões, 1992) (Tabela 5).

Quando se toma a categoria renda mensal familiar *per capita* as desigualdades tornam-se espetacularmente mais evidentes. Segundo Simões (1992), enquanto no estrato até um salário mínimo *per capita* a mortalidade infantil se situa em torno de 75 por mil, no de mais de um salário mínimo cai para mais da metade, 35,3 por mil (Tabela 6).

Ao se introduzir um fator ambiental (saneamento básico), a combinação perversa entre baixo nível de renda e más condições habitacionais (e de vida em geral) aparece flagrantemente: as taxas de mortalidade infantil, em âmbito nacional, variam de 26,5 por mil nos estratos de renda de mais de um salário mínimo *per capita* e condições adequadas de saneamento, para 86,4 por mil naqueles grupos com renda abaixo de um salário mínimo e saneamento inadequado, neste caso atingindo índices de até 97,2 por mil no Nordeste (ver também Tabela 6).

Nutrição

Essas mesmas desigualdades se repetem quando se aborda a questão nutricional. Segundo o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), 30,7% das crianças brasileiras de zero a cinco anos apresentam

Tabela 6
Coeficiente de mortalidade infantil por grandes regiões, segundo a renda mensal familiar *per capita* e a condição de saneamento do domicílio, 1985/1989

Renda mensal familiar per capita e condição de saneamento	Brasil	Grandes Regiões			
		Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 1 PSN	75,2	98,6	48,8	54,3	65,0
Saneamento adequado	30,8	27,3	30,3	36,0	34,7
Saneamento inadequado	86,4	97,2	63,7	58,4	70,4
Água adequada e esgoto inadequado	57,5	87,5	48,5	40,0	35,2
Mais de 1 PSN	35,3	59,3	31,5	24,2	31,5
Saneamento adequado	26,5	20,8	27,7	28,8	26,7
Saneamento inadequado	53,7	86,7	51,0	-	26,7
Água adequada e esgoto inadequado	38,3	25,9	35,5	31,0	-

Fonte: IBGE/INAN. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, apud Simões (1992).

Tabela 7
Prevalência (%) da desnutrição em crianças menores de 5 anos, segundo a situação do domicílio

Situação do domicílio	Todas as formas	Formas moderadas e graves
Urbana	25,7	3,8
Rural	41,6	7,8
Total	30,7	5,1

Classificação de Gómez - Peso/Idade.
Fonte: INAN/PNSN, 1989.

algum tipo de desnutrição, proporção que é muito maior nas áreas rurais (41,6%), do que nas áreas urbanas do país (25,7%) (Tabela 7). Além disso, a desnutrição incide pesadamente nos grupos sociais de mais baixa renda (renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo): nos 35% de crianças que vivem nestas famílias encontram-se 51% dos casos de desnutrição detectados (IBGE/INAN, 1990).

Existem mais de cinco milhões de crianças de zero a cinco anos des-

nutridas e dezenas de milhares de pessoas famintas neste enorme país, que possui amplas áreas para agricultura e é um dos maiores produtores e exportadores de alimentos do mundo.

Morbidade hospitalar

O país não possui um sistema de informações confiável em saúde, dados os níveis de sub-registro e distorções de diversas naturezas. Se é deficiente o sistema de informações em mortalidade, muito mais grave é a situação dos registros de morbidade. Apenas recentemente constituiu-se o Centro Nacional de Epidemiologia, que tem feito significativo esforço de coleta, análise e difusão de informações em saúde, particularmente no terreno das doenças endêmicas e das imunopreveníveis, que utilizamos no presente trabalho.

Para a morbidade hospitalar existe o Sistema Datasus, que reúne informações das internações processadas e pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento e as regras de pagamento induzem a distorções que tornam este sistema também pouco confiável. Feitas essas ressalvas, podemos efetuar a análise de alguns dados.

Para um total de 13,6 milhões de internações financiadas pelo SUS no decorrer do ano de 1991, 22,9% foram de partos e causas obstétricas diretas, seguindo-se as doenças respiratórias (15,4%); as doenças do aparelho circulatório (10,9%); e as doenças infectoparasitárias (8,9%) (Tabela 8).

A série histórica 1984-1991 de internações hospitalares segundo grandes grupos de causas (CENEPI, 1992) mostra que as internações cresceram de 51,3% entre os anos polares, para um crescimento populacional de cerca de 15%. A ordem de classificação manteve-se inalterada ao longo do período, correspondendo à observada em 1991 e já mencionada acima.

Entre as cinco principais causas de internação, segundo grandes grupos, o crescimento mais espetacular foi o das causas externas (114,1% no período), passando de 4,79% para 6,14% das internações, ou 832,5 mil casos em 1991, mostrando grande coerência com o observado para a mortalidade proporcional.

Quando se examinam as causas de internações de forma mais discriminada, verifica-se que em primeiro lugar estão as denominadas "outras doenças do aparelho respiratório", que incluem bronquites, pneumonias e outras infecções agudas, seguidas do parto normal, dos transtornos mentais e das causas obstétricas diretas. Entre as dez principais causas de internação pela lista tabular da CID, encontram-se também as doenças infecciosas intestinais (apesar do seu declínio) e o aborto.

Deve-se lamentar o crescimento de 112,3% nos sintomas, sinais e afec-

Tabela 8
Internações hospitalares da rede pública e conveniada segundo grandes grupos de causas. Brasil, 1991

Grupos de causas		Número	Porcentagem
Parto e complic. grav. e puerp.	(CID 630-676)	3.105.310	22,89
Doenças ap. respiratório	(CID 460-519)	2.091.018	15,41
Doenças ap. circulatório	(CID 390-459)	1.483.186	10,93
Doenças infectoparas.	(CID 001-009)	1.211.574	8,93
Doenças ap. gen. urin.	(CID 580-629)	1.142.836	8,42
Doenças ap. digestivo	(CID 520-579)	1.033.362	7,62
Causas externas	(CID 800-999)	832.469	6,13
Neoplasmas	(CID 140-239)	456.645	3,36
Doenças metabólicas e imunol.	(CID 240-279)	409.593	3,02
Transtornos mentais	(CID ,290-294)	401.267	2,96
Outras *		1.154.917	8,51
Estados maldefinidos	(CID 780-799)	246.608	1,82
Total		13.568.485	100,00

Fonte: CENEPI. Inf. Epidem. SUS 1(1):111-130, junho 1992.
* Reúne, pela ordem de freqüência, CID (320-389) (710-739) (760-779) (680-709) (280-289) (740-759) e (001-999).

ções maldefinidas (de 1,48% para 1,82% das internações, ou 246,6 mil casos em 1991), expressão segura da piora da qualidade dos serviços hospitalares do país.

Na década de 80 verificou-se declínio importante das doenças imunopreveníveis no país, fruto do bem-sucedido programa de imunizações levado a cabo pelo sistema público de saúde, que obteve níveis importantes de cobertura para quase todos os imunizantes. Apenas para exemplificar, pode-se mencionar a coqueluche, com redução de 88,7% dos casos entre 1989 e 1991; a difteria, com redução de 88,8%; o sarampo, com redução de 58,2% dos casos; o tétano, que diminuiu cerca de 48%; e a poliomielite, praticamente erradicada, pois os últimos casos registrados são de 1989 (CENEPI, 1992).

Permanecem, entretanto, situações críticas do ponto de vista sanitário: os mais de 530 mil casos de malária que se registram anualmente no país, expressando de maneira inequívoca todas as contradições do desenvolvimento da Região Amazônica (Sabroza et alii, 1992); a reintrodução do

mosquito-vetor da dengue, as epidemias da moléstia (mais de um milhão de casos registrados em meados da década passada) e sua endemização (Carneiro, 1992); a presença sustentada da meningite meningogócica, desde as epidemias da década de 70 (Barata, 1988); a reintrodução do cólera no país, com a notificação cerca de 32 mil casos só em 1992 (CENEPI, 1993); a elevada incidência da tuberculose, com cerca de oitenta mil novos casos anuais (CENEPI, 1992); e a permanência de altas taxas de incidência anual da hanseníase, com mais de 19,8 casos por cem mil habitantes e uma prevalência de mais de duzentos mil casos (CENEPI, 1992).

A AIDS vem-se constituindo num grave problema sanitário no país, com 28.455 casos notificados e uma taxa de incidência acumulada de 21,4 casos por 100 mil habitantes, em junho de 1992. Em 1990, o Brasil possuía o maior número de casos entre os países da América Latina e ocupava a terceira posição mundial (Castilho et alii, 1992).

O quadro sanitário, sucintamente apresentado até aqui, caracteriza a transição demográfico-epidemiológica que atravessa o país, um padrão transicional distinto do observado nos países do denominado primeiro mundo, que o viveram na segunda metade do século passado e primeiros anos do século XX, graças à melhoria geral das condições de vida de toda a população. No nosso caso, ao contrário, a transição caracteriza-se pelo aumento das desigualdades e pela permanência de situações pré-transicionais entre enormes segmentos da população, o que gera espaços profundamente desiguais do ponto de vista sócio-econômico e sanitário.

Sistema de saúde

O sistema de saúde do país vem sofrendo constantes transformações neste século, acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade brasileira. Como se verá, as transformações em curso correspondem muito mais à lógica da acumulação do capital no setor saúde, do que às reais necessidades de saúde da população.

Desde o início do século até meados dos anos 60, o modelo hegemônico de saúde foi o denominado *sanitarismo campanhista* (Luz, 1979; Costa, 1985). O modelo agroexportador vigente na economia brasileira exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação, o que era suprido pelas ações do sanitarismo campanhista, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, a partir de 1954, ou das estruturas que o antecederam.

Nos anos 30-40, a assistência médica era prestada principalmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, estando a assistência

hospitalar concentrada nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas. A assistência médica para populações cativas era prestada por uma Previdência Social ainda incipiente; e, apenas em determinadas áreas, pelo Ministério da Saúde, por meio dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), instituição criada em 1942 com apoio dos Estados Unidos para sanear o ambiente e assistir a população na zona da borracha, estratégica para o esforço de guerra dos Aliados.

Dessa forma, o que se observa desde a origem da organização contemporânea do setor saúde no Brasil, é a separação política, ideológica e institucional entre a assistência à saúde individual, eminentemente privada, ainda que financiada diretamente ou intermediada pelo Estado, e as ações dirigidas à saúde coletiva e ao meio ambiente.

Já em meados dos anos 50 a rede hospitalar privada era muito superior à rede pública existente nos institutos previdenciários e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, detendo 82,1% dos 2.506 hospitais e 58,4% dos 216.236 leitos existentes no Brasil (Fadul, 1992).

A partir da década de 50, o país teve impulsionada a sua industrialização, o que foi determinante para a expansão da assistência médica da Previdência Social. Esta, criada na década de 20 pela Lei Elói Chaves, organizava-se em Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), estruturadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Nos anos 30, passa a estruturar-se por categorias profissionais e organizar-se por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), já com forte presença financeira e administrativa do Estado, com prestação de serviços realizada fundamentalmente pela iniciativa privada, de quem a Previdência comprava os serviços.

Com a industrialização desloca-se o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gera-se uma massa operária que deve ser mantida hígida na sua capacidade produtiva. Como afirma Mendes (1993), "o sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro modelo [...], construído concomitantemente ao crescimento e a mudança qualitativa da Previdência Social brasileira". Passa a configurar-se, dessa forma, o denominado *modelo médico-assistencial privatista* (Luz, 1979), que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80.

Segundo o mesmo autor, "as condições políticas para a hegemonização de um novo modelo de sistema de saúde vão dar-se no movimento de 1964, pela preponderância, dentro dele, da denominada coalizão internacional modernizadora e pelas políticas econômicas dela decorrentes, especialmente a centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte

a políticas setoriais". Do ponto de vista político, incrementa-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social, consolidando-se, simultaneamente, a aliança entre a tecnoburocracia previdenciária e o setor médico-empresarial da saúde.

Institucionalmente, os IAPs são substituídos, em 1966, por um único e poderoso Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o que significa a uniformização dos benefícios, numa Previdência Social concentrada, e um crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento então disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos da Previdência.

Para Oliveira & Fleury (1986), as principais características desse modelo são as seguintes:

a) Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;

b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;

c) A criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento da produção privada desses serviços.

O modelo médico-assistencial privatista assenta-se num tripé (Mendes, 1993):

a) o *Estado* como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social e como prestador de serviços aos não integrados economicamente;

b) o *setor privado nacional* como o maior prestador de serviços de assistência médica;

c) o *setor privado internacional* como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

O modelo em questão teve, além das determinações estruturais impostas pelo estágio do desenvolvimento capitalista no país, também motivações políticas conjunturais. Assim, fez parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias para a legitimação política do regime burocrático-autoritário e possíveis pelo surto de crescimento econômico que caracterizou o período do denominado "milagre brasileiro".

A partir de 1974, findo o período de expansão econômica e iniciada a abertura política lenta e gradual, novos atores surgem na cena política (movimento sindical, profissionais e intelectuais da saúde etc.), questionando a política social e as demais políticas governamentais.

Entre as medidas do novo governo (1974) duas destacam-se no campo

da saúde: 1) a implantação do chamado Plano de Pronta Ação (PPA), com diversas medidas e instrumentos que ampliaram ainda mais a contratação do setor privado para a execução dos serviços de assistência médica sob responsabilidade da Previdência Social; e 2) a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), destinado a financiar subsidiadamente o investimento fixo de setores sociais, também para a construção de estabelecimentos de saúde, uma vez que a rede existente era insuficiente para suprir a demanda crescente por assistência médica, derivada do crescimento da população economicamente ativa e do setor formal do mercado de trabalho, possibilitados pelo surto de crescimento econômico.

Ainda segundo Mendes (1993), "a ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, aquele abrindo mercado cativo e, este, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar".

De fato, em 1969 havia cerca de 75 mil leitos privados no país, que crescem para cerca de 350 mil em 1984, uma expansão de 465% em quinze anos, graças a capital fixo subsidiado pelo Estado, reserva de mercado garantida pela Previdência Social e, por conseqüência, baixíssimo risco empresarial. Segundo Médici (1992), 79,7% dos recursos do FAS utilizados no campo da saúde destinaram-se a ampliação e modernização da capacidade instalada do setor privado.

Assim, dadas as condições de expansão do investimento e de garantia da demanda pelo setor público, o setor privado atrelado ao Estado expandiu-se fortemente ao longo dos anos 70, chegando a receber, em média, mais de 70% dos recursos da Previdência Social gastos com assistência médica (Médici, 1992). Foi uma década marcada também pela expansão da assistência hospitalar, que cresce de 2,8 milhões de internações em 1970, para 13,1 milhões em 1982, cerca de 90% das quais realizadas pelo setor privado financiado pela Previdência Social.

A política de expansão da cobertura assistencial mostrou-se, entretanto, claramente discriminatória, dadas as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientelas urbanas, e entre estas e as clientelas rurais. É o que Favaret Filho & Oliveira (1989) denominam de *universalização excludente*, que vem a consolidar-se na década de 80.

A diversificação das formas de contratação de serviços ao setor privado pela Previdência Social (além dos contratos e convênios feitos diretamente com os prestadores de serviços) inaugura-se com o chamado *convênio-empresa*, por meio do qual as empresas passam a responsabilizar-se, direta ou indiretamente, pela assistência médica a seus empre-

gados, recebendo em troca um subsídio da Previdência. Tal modalidade destinava-se a uma clientela específica, isto é, à mão-de-obra das empresas maiores, um operariado mais qualificado e com melhor padrão organizativo (Gentile de Mello, 1977).

Muitas empresas passam a contratar, para a prestação de serviços de saúde aos seus empregados, um novo tipo de organização privada de assistência médica que surgia, a denominada *medicina de grupo*.

Segundo Mendes (1993), "o convênio empresa foi o modo de articulação entre o Estado e o empresariado que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80, o da *atenção médica supletiva*".

Do ponto de vista estrutural, o modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1993) constitui-se de quatro subsistemas:

a) o *subsistema estatal*, representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, onde se exercita a medicina simplificada destinada a cobertura de populações não integradas economicamente;

b) o *subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social*, para cobrir os beneficiários daquela instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente;

c) o *subsistema de atenção médica supletiva*, que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas;

d) o *subsistema de alta tecnologia*, organizado em torno dos hospitais universitários e alguns hospitais públicos de maior densidade tecnológica.

O projeto político do modelo médico-assistencial privatista corresponde, no campo da saúde, ao padrão de crescimento da economia brasileira nos anos 70, apoiado na articulação solidária entre o Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, com a nítida exclusão das classes populares, seja do poder político, seja das benesses econômicas.

Desde cedo, esse modelo receberia crítica de setores contra-hegemônicos, localizados principalmente nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, e em setores da sociedade civil (organizações de profissionais de saúde, movimento sindical etc.), nos quais se origina e se difunde um pensamento crítico da saúde, que viria a constituir-se no denominado movimento sanitário brasileiro, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

As atuações do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), criado em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, propiciaram importante aglutinação do pensamento crítico em saúde. Articulando instituições e pesquisadores das áreas da saúde coletiva, saúde pública e medicina social,

foram também formuladores de propostas políticas e técnicas alternativas para o sistema de saúde do país, como se verá.

A postura crítica ao modelo médico-assistencial privatista manifesta-se também no aparelho de Estado e do poder político. Assim, algumas bem-sucedidas experiências municipalistas de prefeituras de oposição colocam a alternativa de um sistema de saúde público e descentralizado, de base municipal, como proposta viável para o país.

O PIASS — Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, do Ministério da Saúde e o PREV-SAÚDE — Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência, são expressões dos setores críticos, alojados no aparelho de Estado, ao modelo então vigente. Tais propostas representam, ademais, a expressão nacional do movimento mundial da assistência primária de saúde, que se gerou na Conferência de Alma-Atá, em 1979.

A entrada do Poder Legislativo nos debates referentes ao sistema de saúde, por meio dos Simpósios de Saúde da Câmara dos Deputados, é outra manifestação importante da virada de década que aponta para a existência de projetos antagônicos para o campo da saúde no país.

O sistema de saúde nos anos 80

As condições econômicas e a base de sustentação política do denominado modelo médico-assistencial privatista dos anos 70 dava já sinais de esgotamento. A acentuada elevação dos custos da assistência médica, a recessão econômica — que trouxe desemprego, subemprego e ampliação do mercado informal da economia, fatais para um sistema financiado com tributação sobre salários — e a crise fiscal do Estado, provocam uma crise financeira e organizacional de grandes proporções na Previdência Social no início dos anos 80, corroendo o pilar fundamental de financiamento do referido modelo.

A insatisfação das "classes médias" da população, do operariado de melhor nível salarial e das próprias empresas com a queda de qualidade da assistência médica proporcionada direta ou indiretamente pela Previdência Social, por causa da crise financeira e organizacional a que nos referimos, estabelecem as condições favoráveis para o fortalecimento da denominada *atenção médica supletiva*, das empresas e das famílias.

Em 1981, ante o agravamento da crise previdenciária, constitui-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária/CONASP, composto por notáveis da medicina, representantes de vários ministérios, de trabalhadores, do setor patronal e dos prestadores privados

de serviços, com o objetivo de reorganizar a assistência médica no país, reduzindo seus custos e controlando seus gastos.

Uma das medidas tomadas é a criação, no âmbito do setor público, do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), para articular o INAMPS, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de convênios tripartites de prestação de serviços ou de convênios de co-gestão, como estratégia na direção de uma rede pública unificada.

Para a rede privada contratada, as medidas de racionalização e financiamento foram concretizadas mediante dois mecanismos: para a hospitalização, por meio da substituição do pagamento para os diversos atos médicos realizados no paciente, pelo pagamento por procedimentos médico-cirúrgicos globais, cujo valor médio era definido *a priori;* para a área ambulatorial, por meio do ordenamento burocrático-gerencial de hierarquização das consultas médicas e serviços complementares em linhas de atendimento.

A natureza do CONASP, no contexto de abertura democrática por que passava o país, favoreceu a absorção e aceitação de propostas do movimento sanitário. O confronto entre "privatistas", "estatizantes" e "reformistas" contribuiu, por sua vez, para criar intenso debate em torno da democratização da saúde, no cenário do embate pela democratização do Estado e pelo fim do regime autoritário (Cordeiro, 1991).

Com a redemocratização e a emergência da chamada Nova República, em 1985, um conjunto de profissionais oriundos do movimento sanitário assumem postos políticos importantes no Ministério da Saúde e no INAMPS, o que representa certa institucionalização do projeto da reforma sanitária.

A proposta político-institucional da Nova República, que teve o MPAS/INAMPS como grande alavancador, foi a ampla descentralização e desconcentração das ações de saúde, com o aprofundamento da estratégia das AIS e, depois, sua transformação no Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), na conjuntura 1985-1987.

Essa estratégia institucional procurava agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público, desestabilizar o INAMPS com a conseqüente ruptura dos anéis burocráticos previdenciários, enfraquecer o segmento privado contratado e reforçar o segmento privado filantrópico (Mendes, 1993).

Ainda que se tenha avançado parcialmente, os resultados concretos foram pobres, seja na questão da descentralização, seja na reorganização dos serviços, em que se deu um reforço da assistência médica individual no próprio setor público, em detrimento das ações coletivas, as quais sobreviveram apenas fragmentariamente, por meio da atuação residual dos programas de saúde pública (Instituto de Saúde de São Paulo, 1991).

Também no início da Nova República, simultaneamente à convocação da Assembléia Nacional Constituinte, propõe-se a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com objetivo de subsidiar a primeira nos aspectos da saúde na nova Constituição e leis subseqüentes.

Em março de 1986 ocorre em Brasília a plenária da Conferência, com cerca de cinco mil participantes, após amplo processo de mobilização nacional, que envolveu mais de cinqüenta mil participantes em conferências estaduais e municipais. Diferente das sete conferênciis antes realizadas, a oitava teve representantes de todos os segmentos sociais interessados na questão da saúde e gerou um Relatório Final (1986) que foi tomado como base pelos constituintes para a elaboração do segmento da saúde da carta constitucional.

A nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, representou importante ponto de inflexão na evolução institucional do país, por ter introduzido regras, direitos e deveres integrantes, até então, apenas das plataformas políticas de segmentos ou movimentos sociais não hegemônicos. É o caso de um conjunto de direitos civis e sociais, dentre os quais, com destaque, o direito à saúde.

A saúde foi contemplada na nova Constituição com um nível de explicitação não registrado nas cartas anteriores e pouco visto nas de outros países. Mais que isso, adota um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional, baseada na proposta contra-hegemônica construída ao longo de quase duas décadas pelo chamado "movimento sanitário" (Rodríguez Neto, 1992), que teve seu grande momento de aglutinação e expressão pública, como se disse, na VIII Conferência Nacional de Saúde, com a proposta da Reforma Sanitária.

Entretanto, muitos pleitos do movimento da Reforma Sanitária deixaram de ser incorporados, ao passo que outros o foram de forma ambígua, remetendo a solução para outras etapas do processo jurídico-político.

A nova Constituição institui de forma ampla um sistema de *seguridade*, reunindo três segmentos principais:

a) assistência social, destinada a assegurar renda de sobrevivência ou meios mínimos de subsistência aos membros da sociedade considerados incapacitados de obtê-los, seja por condição física, seja por idade;

b) sistema de saúde, destinado a atender a toda a população com serviços de medicina preventiva e curativa;

c) previdência social, destinada a garantir ao segurado ou seu dependente renda certa, proporcional à sua contribuição, quando da retirada do emprego ou do afastamento do mercado de trabalho em razão de incapacidade definitiva ou temporária, de idade ou de tempo de serviço.

A Constituição de 1988 não se caracteriza por inovações quanto ao conteúdo de ações típicas de seguridade a cargo do Estado, pois, em sua maioria, tais ações já existiam como produto de longa evolução política e institucional. Inova, contudo, ao elevar a seguridade a princípio constitucional. E, também, no que se refere à conceituação da seguridade social como categoria integradora da ação social do Estado e da sociedade, diferenciando-a das demais ações estatais até mesmo pela forma de financiamento, mediante orçamento específico, dotado de fontes exclusivas de receitas (Magalhães e Assis, 1993).

Existem três componentes essenciais na seção saúde da nova Constituição Federal (Brasil, 1988):

a) o conceito de saúde, ao remeter seu equacionamento às políticas econômicas e sociais, ao lado das ações específicas de promoção e recuperação da saúde;

b) a explicitação do direito universal e igualitário dos cidadãos à saúde e do dever do Estado em assegurar tal direito;

c) a explicitação de um modelo de organização para o sistema de saúde, seus componentes, funções e relações, criando o Sistema Único de Saúde, integrado pelos serviços públicos, complementados pelos serviços privados, em rede regionalizada e hierarquizada, e segundo as diretrizes de comando único em cada nível de governo, descentralização e participação social.

Esses mesmos princípios e diretrizes estenderam-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, elaboradas nos anos 1989-1990. No plano federal, o componente jurídico-legal completa-se com as Leis 8.080 e 8.142, elaboradas no período 1990-91 (Brasil, 1991).

No final da gestão Sarney (1989), sem nenhuma repercussão, por meio de um decreto burocrático, realiza-se legalmente a tão discutida e reivindicada unificação do sistema, com a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, mantida a base de financiamento das ações de assistência médica pela Previdência Social, por meio do conceito de Seguridade Social garantido pela Constituição.

O sistema de saúde nos anos 90

O Brasil tem seu sistema de atenção à saúde constituído nos anos 90 por três segmentos principais: o segmento público, conformado pelos serviços vinculados aos governos federal, estaduais e municipais; o segmento privado contratado e pago pelo setor público; e o segmento privado liberal ou contratado pelos planos de saúde pessoais ou de empresas.

O conjunto de serviços públicos e os privados contratados constituem

Quadro 1
Assistência médica supletiva no Brasil, 1989

Categorias de análise	Modalidades assistenciais					
	Medicina de grupo	Sistemas próprios	Seguro-Saúde	Coopera tivas médicas	Plano de adminis-tração	Total
Clientela	15 milhões	7,5 milhões	940 mil	7,3 milhões	400 mil	31,14 milhões
% cober-tura	48,2	24,1	3,0	23,4	1,3	100,0
Cresc. cob. 87 - 89	+ 15%	+ 56%	+ 17,5%	+ 46%	+ 33%	+ 39%
faturamento	US$ 1 bilhão	US$ 670,5 milhões	US$ 146 milhões	US$ 567,5 milhões	US$ 39,3 milhões	US$ 2,42 bilhões
% faturamento	41,3	27,7	6,0	23,4	1,6	100,0
Cresc. fat. 87 - 89	0	+ 68%	+ 95%	+ 62%	+ 57%	+ 30,8%
Gasto per capita	US$ 66,80	US$ 89,40	US$ 155,32	US$ 77,74	US$ 98,25	US$ 77,1

* Cerca de 22% da população brasileira.
Fonte: Mendes, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80, mimeo, 73 p. Brasília, nov./1991.

o Sistema Único de Saúde, que em 1991 respondeu por cerca de 75% das internações produzidas no Brasil e tinha a responsabilidade de cobertura de toda a população brasileira. A chamada assistência médica supletiva tinha sob contrato, em 1989, cerca de 31 milhões de brasileiros, ou perto de 22% da população.

O Quadro 1 apresenta uma síntese do segmento privado dos planos ou seguros de saúde destinados à pessoas ou empresas, quanto a alguns aspectos de cobertura, faturamento e gasto *per capita*.

Através dele verifica-se que a modalidade predominante é a medicina de grupo, de mais antiga implantação no país, com cerca de quinze milhões de clientes. O incremento global de clientela foi de 39%, embora tenham sido os sistemas próprios de empresas e as cooperativa médicas as modalidades mais dinâmicas quanto à expansão da cobertura.

Com faturamento anual global de aproximadamente US$ 2,5 bilhões, tem no seguro-saúde o maior gasto *per capita* entre todas as modalidades e o segmento economicamente mais dinâmico, com crescimento de 95% no faturamento entre os anos de 1987 e 1989.

Em anos recentes, verifica-se decréscimo na velocidade de expansão da assistência médica supletiva, parecendo que o "teto" de consumidores

foi atingido, num patamar de cerca de 35 milhões de brasileiros. Por causa do incremento de custos e a inelasticidade do mercado (em cobertura e capacidade de gasto *per capita*) o setor tem enfrentado dificuldades "redistributivas" com os prestadores de serviços (particularmente os médicos) e uma queda de qualidade nos serviços oferecidos, com evidente aumento da insatisfação da clientela.

Capacidade instalada e produção do sistema de saúde

Os estabelecimentos de saúde de todas as categorias, públicos e privados, somavam 34.831 unidades em todo o país, no ano de 1989 (IBGE/AMS, 1989). Destes, 65% eram públicos e 35% eram privados (Tabela 9). Sua distribuição é profundamente desigual, quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões ricas e pobres das cidades, determinando, junto com outros fatores sócio-econômicos e culturais, extrema desigualdade no acesso aos serviços de saúde pelos diferentes estratos sociais.

Recursos hospitalares

Em 1989, os hospitais somavam 6.411 estabelecimentos, 80,4% dos quais privados e apenas 19,6% públicos. A este número de estabelecimentos hospitalares podem-se agregar 716 unidades mistas, assim denominados os estabelecimentos de saúde preponderantemente públicos (88,3%), de baixa densidade tecnológica e poucos leitos, localizados em zonas urbanas diminutas ou zonas rurais. Nesse caso, dos 7.127 estabelecimentos com internação hospitalar existentes no país, 73,5% são privados e 26,5% públicos (ver também Tabela 9).

Os leitos hospitalares disponíveis no país somavam 522.895 ou 3,72 leitos/1.000 habitantes, 77,1% dos quais privados e apenas 22,9% públicos. Essa é uma situação crítica, visto que a grande dependência dos leitos pertencentes ao setor privado diminui substancialmente a capacidade de regulação do sistema pelo Estado. Isso significa, ademais, que o país tem menos leitos públicos que os Estados Unidos, cuja proporção atinge 26% (Terris, 1992), contra não mais que os 23% no Brasil.

Deve-se referir, ainda, a involução dos recursos hospitalares disponíveis no decorrer da década: em 1980, os leitos disponíveis somavam 509.168 ou 4,28 leitos/1000 habitantes, relação que cai para 3,72, em 1989. Ante um crescimento estimado da população de 18,3% no mesmo período, a oferta de leitos cresce apenas 2,7%, graças à expansão de leitos privados (+ 4,68%), já que a quantidade de leitos públicos decresceu (- 2,61%).

Tabela 9
Estabelecimentos de saúde. Brasil, 1989

Categoria	Número	Porcentagem
Com internação	7.127	100,0
Públicos	1.889	26,5
Privados	5.238	73,5
Sem internação	27.704	100,0
Públicos	20.817	75,1
Privados	6.887	24,9
Total	34.831	100,0
Públicos	22.706	65,2
Privados	12.125	34,8

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1991.

A distribuição dos recursos hospitalares é bastante desigual no país: eles são mais escassos no interior, do que na capital dos estados; nas zonas rurais do que nas zonas urbanas; e nos estados mais pobres do que nos mais ricos. Essa situação é expressão da política de expansão da rede privada de saúde financiada com recursos públicos nas décadas de 70 e 80 que, evidentemente, prefere fazer seus investimentos nas áreas de maior dinamismo econômico.

Mais de um terço (ou 1.508) dos municípios brasileiros não dispunham sequer de um hospital ou, mesmo, de uma unidade simples de internação (IBGE/AMS, 1989). A pesquisa não registrou, entretanto, município que não dispusesse pelo menos de uma unidade de saúde, mesmo que sem médico.

A Região Sudeste dispõe do dobro de leitos por habitante (4,34 por mil) em relação à Região Norte (apenas 2,12 por mil) (Tabela 10) (Gráfico 1), observando-se como variações extremas 5,34, no Estado do Rio de Janeiro e 1,68 no Estado do Amazonas.

A razão leitos privados/leitos públicos aumenta quanto mais rico é o estado considerado, exceções feitas para o Rio de Janeiro e o Distrito Federal, nos quais esta relação se aproxima da observada nos estados pobres da Federação, por causa da presença um pouco maior do setor público na antiga e na atual capital do país.

Entre 1960 e 1990 a população brasileira cresceu aproximadamente 104% e a capacidade instalada de leitos foi incrementada cerca de 143%. No mesmo período, os leitos privados cresceram 191% e os leitos públicos

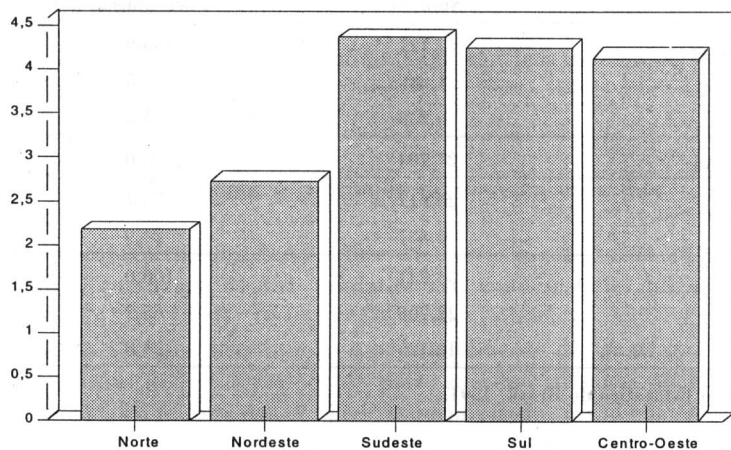
Gráfico 1
Leitos por 1.000 habitantes, por grandes regiões. Brasil, 1989

Fonte: IBGE/AMS, 1989.

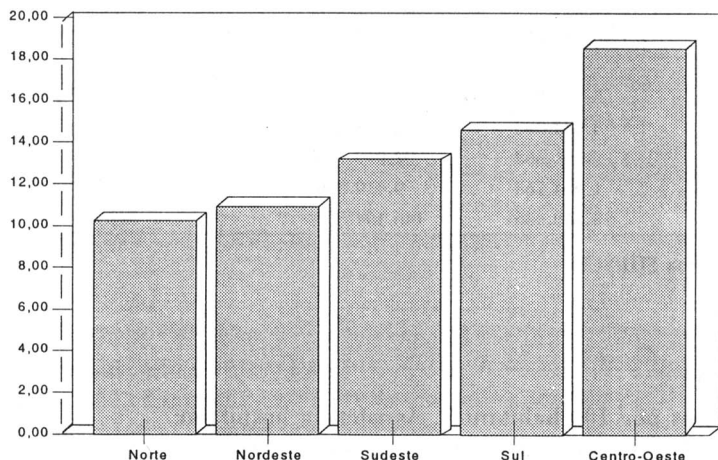
Tabela 10
Assistência hospitalar. Brasil e grandes regiões, 1989

Região	População estimada (milhões)	Leitos/1.000 hab.	Leitos	Internações	Internações/ 100 hab.
Norte	9,37	19.865	2,12	1.025.361	10,94
Nordeste	40,90	113.378	2,77	4.562.399	11,16
Sudeste	60,08	260.612	4,34	7.994.745	13,31
Sul	21,49	91.474	4,26	3.186.478	14,83
Centro-Oeste	8,89	37.566	4,23	1.715.925	19,30
Brasil	140,73	522.895	3,72	18.484.908	13,14

Fonte: IBGE/AMS, 1989 e Censos Demográficos, 1980 e 1991.

apenas 58%, expressando a clara política de privatização que já assinalamos (Fadul, 1992; AEB, 1991; e AMS/IBGE, 1989).

As internações hospitalares, em 1989, foram 18,4 milhões (taxa de admissão de 13,1% ao ano), das quais 80,9% no setor privado e 19,1% no setor público (IBGE/AMS, 1989). Cerca de 70% das 14,9 milhões de internações feitas pelo setor privado foram financiadas pelo setor público, por

Gráfico 2
Internações por 100 habitantes, por grandes regiões. Brasil. 1989

Fonte: IBGE/AMS, 1989.

intermédio Sistema Único de Saúde. Isso significa que o setor público ofereceu, direta ou indiretamente por meio da compra de serviços, cerca de 75% de todas as internações registradas no país no mesmo ano.

As taxas de internação gerais (Gráfico 2), bem como as internações proporcionadas pelo SUS, apresentam grande disparidade quando examinada sua distribuição por regiões e estados, expressando o caráter desigual da assistência à saúde no país (Buss, 1993). No caso do SUS, em 1991, a taxa variou de 5,58 internações por cem habitantes na Região Norte a 10,85 no Sul, índice quase duas vezes mais alto (Tabela 11) (Gráfico 3). Quando se examinam os estados isoladamente, as diferenças são mais gritantes com Amapá e Goiás apresentando os índices extremos (3,56 e 11,76, respectivamente), diferença de quase 3,3 vezes.

Recursos ambulatoriais

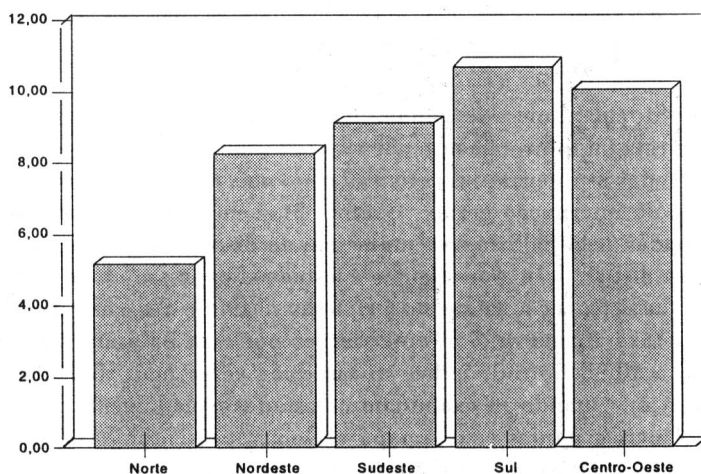
Os estabelecimentos de saúde sem internação totalizavam 27.704 ou 79,5% do total, em 1989. Destes, invertendo o que se verifica quanto aos recursos hospitalares, 75,1% são públicos (Tabela 9).

No mesmo ano, foram produzidos 691,3 milhões de atendimentos, dos quais 67% no setor público e 33% no setor privado. Deste total, 287,8 milhões (41,6%) foram consultas médicas, ou 2,05 consultas médicas/ha-

Tabela 11
Internações por 100 habitantes. Assistência hospitalar.
Sistema SIH/SUS Brasil e grandes regiões, 1991

Região	Internações	População	Internações por 100 hab.
Norte	565.932	10.146.218	5,58
Nordeste	3.766.825	42.387.328	8,89
Sudeste	5.834.303	62.121.357	9,39
Sul	2.396.662	22.079.703	10,85
Centro-Oeste	1.004.763	9.419.896	10,67
Brasil	13.568.485	146.154.502	9,28

Fonte: Sistema SIH/SUS.

Gráfico 3
Internações por 100 habitantes. Assistência hospitalar.
Sistema SIH/SUS. Brasil e grandes regiões, 1991

bitante/ano, 53,7% realizadas pelo setor público e 46,3% pelo setor privado (AEB, 91) (Tabela 12).

As taxas brutas de consultas médicas anuais por habitante são bastante desiguais, quando se consideram as diversas regiões do país ou áreas urbanas e rurais, mostrando a extrema iniqüidade do sistema de saúde. Para 234,1 milhões de consultas médicas, financiadas pelo SUS (81,3% do total), as taxas por habitante variaram de 0,83 na Região Norte e 1,01 na Região Nordeste, para 2,19 e 1,86 respectivamente no Sudeste e Sul desenvolvidos, ficando a Região Centro-Oeste com 1,53 consult-

Tabela 12
Atendimentos nos estabelecimentos de saúde. Brasil, 1989

Estabelecimentos	Totais		Consultas médicas	
	Número	%	Número	%
Públicos	462.731.611	56,9	154.578.936	53,7
Privados	228.558.622	43,1	133.276.556	46,3
Total	691.290.233	100,0	287.855.492	100,0

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1991.
Consultas médicas: 2.05/hab.; atendimentos: 4.93/hab.

as/habitante/ano (Síntese/Datasus, 1991). A mesma distribuição desigual ocorre com os serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) prestados, ou com os atendimentos odontológicos.

A taxa também variou consideravelmente em populações urbanas e rurais: 2,06 e 0,21 (ou dez vezes menos), respectivamente. As taxas polares foram 2,36 no Sudeste urbano e 0,12 no Norte rural, uma diferença de vinte vezes (Síntese/Datasus, 1991).

Os serviços de saúde de natureza preventiva podem ser avaliados por uma de suas funções básicas, a cobertura vacinal de rotina em menores de um ano de idade. Quando se comparam os qüinqüênios 1980-1985 e 1986-1991 (CENEPI, 1992), observa-se um incremento na cobertura vacinal para todos os imunizantes, em todo o país, mantendo-se eles com cobertura acima de 50% da população-alvo, nos anos considerados.

A vacina BCG é a de maior cobertura desde 1982, seguindo-se a vacina anti-sarampo, a tríplice e a Sabin. Em 1991, último ano da série, e justamente aquele no qual as imunizações de rotina atingiram o nível mais elevado de cobertura, 66,7% da população de menores de um ano foram cobertos com a Sabin; 78% com a tríplice; 85% com a anti-sarampo; e 86,7% com a BCG.

Em termos regionais, o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste, justamente as regiões mais pobres do país, sempre tiveram cobertura vacinal abaixo da média nacional para todos os imunizantes e em todos os anos, diminuindo um pouco o *gap* no último triênio. O Sul e o Sudeste foram as regiões que sempre tiveram índices significativamente acima da média nacional.

Acessibilidade aos serviços de saúde

A acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil é uma função crescente do nível de renda das famílias, qualquer que seja a região do país: a taxa de utilização dos serviços para as famílias com renda de até um quarto de salário mínimo foi de 83 por mil, ao passo que nas famílias com renda superior a dois salários mínimos atingiu 138 por mil.

Nas regiões do Brasil com maior nível de renda, as taxas de utilização são mais elevadas, mesmo para as pessoas pertencentes a famílias de baixa renda, devendo-se isso provavelmente à maior disponibilidade de serviços de saúde (Médici e Campos, 1992).

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (IBGE/IPEA/INAN, 1989) mostrou que cerca de 60% das crianças menores de cinco anos, cujas mães referiram alguma morbidade em período de quinze dias, não foram levadas a serviços de saúde, proporção que foi de 54% na população urbana e que atingiu 73% na população rural, considerando todo o país. No Nordeste, a não procura de atendimento chegou a 72%, contra cerca de 53% no Sudeste e no Sul do país (Benício et alii, 1992).

Também nesse estudo, a renda mostrou-se determinante para a acessibilidade aos serviços. Assim, a utilização de serviços entre as crianças com renda familiar *per capita* abaixo de US$25 mensais foi de apenas 28,8%, mas chegou a 44,2% e 54,2%, respectivamente, em famílias com rendas entre US$25 e US$50, e maior que US$50 mensais.

A freqüência de partos hospitalares evidenciou, também, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, já que a cobertura com este recurso é muito mais baixo no Nordeste e na faixa de renda familiar *per capita* inferior a US$25 mensais (Benício et alii, 1992).

Da mesma forma, a atenção pré-natal foi substantivamente diferente nas áreas urbanas e rurais. Nas primeiras, cerca de 26,8% das gestantes não receberam assistência pré-natal, proporção que chegou a 63,8% no campo. Nas áreas rurais do Nordeste, 78,5% das grávidas não receberam nenhuma atenção pré-natal, contra apenas 24,9% no Centro-Sul (Monteiro, 1992).

A renda também tem forte influência sobre a assistência pré-natal: 55% das grávidas de famílias com renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo mensal não receberam atenção pré-natal, contra apenas 4,7% das gestantes com renda de mais de três salários mínimos.

Portanto, as populações mais carentes do ponto de vista sócio-econômico e mais expostas a riscos à saúde são justamente as que têm menor acesso aos serviços de saúde e as que dispõem de serviços de menor qualidade.

Embora os programas governamentais nacionais de saúde, vigentes em torno de 1986, pregassem a gratuidade dos serviços ofertados por estabelecimentos públicos ou privados conveniados, os dados da PNAD 1986 revelam que boa parte da população — mesmo a de baixa renda — tinha que pagar pelos serviços de saúde que utilizava: 34,6% como média nacional.

Este percentual foi mais elevado nas regiões mais desenvolvidas do país (40% no Sul e 23% no Nordeste, em média). Os casos extremos foram de apenas 10,2% entre os "sem renda" do Nordeste e 61,6% entre as famílias com mais de dois salários *per capita* no Sul. O nível de não gratuidade é crescente conforme a renda familiar *per capita*, variando de 11% nas mais baixas até 61% nas mais elevadas.

Recursos humanos

O setor saúde, incluindo os subsetores público e privado, reúne cerca de 2,5 milhões de empregos no país (Girardi, 1991). Excluindo-se o pessoal envolvido com a administração, quase 60% destes postos de trabalho são ocupados por duas categorias situadas em extremos opostos de qualificação: os médicos e o pessoal de nível elementar, ambos em proporção ao redor de 30% da equipe de saúde. Entre os profissionais de nível superior, os médicos são quase 70% e somam cerca de 210 mil em todo o país.

Existe uma flagrante concentração de profissionais de saúde nas regiões mais desenvolvidas do país: enquanto a Região Nordeste, que concentra 28,5% da população, detém apenas 19,2% dos médicos, a Região Sudeste, que tem 42,6% da população, concentra quase 55% destes profissionais (Oliveira & Moysés, 1992).

A Tabela 13 mostra a relação médico/habitantes para o país e grandes regiões, em 1993. Enquanto o país como um todo tem um médico para 681 habitantes (ou 14,68/10.000 habitantes), o Sudeste tem 487 habitantes/médico (ou 20,52/10.000 habitantes), o Norte um médico para 1.605 habitantes (índice 3,3 vezes menor) e a Região Nordeste 1.257 habitantes/médico ou 7,95 médicos por 10.000 habitantes (relação 2,6 vezes menor em relação ao Sudeste).

Levando em conta a ocupação principal, 67,7% dos médicos são empregados, ao passo que apenas 24,6% declaram-se autônomos (Dal Poz e Varella, 1993).

Quanto ao pessoal de enfermagem, estavam registrados no órgão de exercício profissional, em 1992, um total de 264.386 profissionais, dos quais apenas 57 mil, ou 21,6% eram de nível superior. Não está computada neste contingente a fração mais importante da força de trabalho em enfer-

Tabela 13
Médicos, odontólogos, enfermeiros e pessoal de enfermagem*.
Brasil e grandes regiões, 1992

Regiões	Médicos		Odontólogos		Enfermeiros		Pessoal de enfermagem**	
	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa	Número	Taxa
Norte	6.079	6,23	2.850	2,92	2.477	2,54	9.933	10,18
Nordeste	33.782	7,95	16.049	3,78	11.794	2,78	37.931	8,93
Sudeste	128.598	20,52	75.144	11,99	31.251	4,99	162.942	26,00
Sul	27.800	15,43	17.031	9,45	8.351	4,63	36.408	20,21
Centro-Oeste	12.707	13,50	7.535	8,01	3.174	3,37	17.172	18,24
Brasil	208.966	14,68	118.609	8,33	57.047	4,01	264.386	18,58

Fonte: Dal Poz e Varella, 1993.
* As taxas são por 10.000 habitantes.
** Inclui enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras.

magem, os chamados "atendentes", mão-de-obra com baixa qualificação formal que, com variadas denominações, chega a representar 60% do pessoal de enfermagem (Dal Poz e Varella, 1993). A mesma Tabela 13 mostra a relação enfermagem/habitantes para o país e grandes regiões.

Os odontólogos inscritos nos Conselhos Profissionais somavam, em todo o país, em 1992, cerca de 118.609. Este contingente representa um odontólogo para 1.256 habitantes (ou 8,33 por 10.000 habitantes), com distribuição bastante desigual: um odontólogo para 841 habitantes na Região Sudeste e para 3.706 habitantes no Norte do país (diferença de 4,4 vezes) (Tabela 13).

Algumas tendências podem ser apontadas no tocante à força de trabalho em saúde no Brasil. Assim, a participação feminina na força de trabalho (hoje em torno de 60%); a ampliação da participação dos profissionais de nível médio; o crescimento da forma assalariada e a redução da condição de autônomos; e o aumento do número de horas trabalhadas, associado ao multiemprego, são fenômenos evidenciados por diversos estudiosos para as diversas categorias profissionais.

A maior oferta de empregos na esfera municipal, que se tem verificado, é compatível com o processo de descentralização inegavelmente em marcha no sistema de saúde do país.

O Brasil possui oitenta escolas médicas, que formam anualmente cerca de oito mil médicos, a maioria delas localizadas no eixo Rio de Janeiro-São Paulo-Minas Gerais. Da mesma forma, as instituições formadoras de especialistas encontram-se localizadas no Sudeste do país. Existem

atualmente no país 1.528 programas de Residência Médica, com 11.281 residentes matriculados, em 133 instituições credenciadas. Destes, 1.005 programas e 7.476 residentes localizam-se na Região Sudeste, ao passo que a Região Norte, por exemplo, possui apenas dezoito programas e 126 médicos residentes (Machado & Pierantoni, 1992).

Segundo Dal Poz e Varella (1993), os cursos de enfermagem somavam 102, em 1990, ano em que ofereceram cerca de 7.500 vagas. Entre 1986 e 1990 houve quase 50% de abandono durante o curso, o que se constitui em fenômeno muito grave, cujas causas devem ser mais bem estudadas. Assim, o número de enfermeiros que se formam anualmente são insuficentes para as necessidades do sistema de saúde, que já conta com um número irrisório destes profissionais.

Os cursos de odontologia são em número de 81 em todo o país, oferecendo cerca de 7.000 vagas (dados de 1990, segundo os mesmos autores).

Gasto em saúde

O Brasil gasta cerca de 4,5% do seu Produto Interno Bruto em saúde, ou cerca de US$18,8 bilhões em 1989, o que equivale a um gasto *per capita* de aproximadamente US$135 por habitante por ano. Esses valores são praticamente idênticos aos valores médios da América Latina como um todo: 5,7% e US$122,1, respectivamente. São, no entanto, valores muito mais baixos do que países como Argentina ou Venezuela, por exemplo, que gastam, respectivamente, 9% e US$344,0; e 6,5% e US$220,3.

Os gastos do setor público — União, estados e municípios — corresponderam, em 1989, a cerca de 74% do total despendido em saúde, dos quais 81% foram gastos da esfera federal (Tabela 14).

Os recursos mobilizados pela União provêm, conforme determina a Constituição Federal, do chamado orçamento da seguridade social, que engloba as áreas da saúde, previdência e assistência social. Esse orçamento é formado por receitas oriundas das contribuições de empregados e empregadores sobre a *folha de salário*, que respondem, em média, por cerca de 63% dos recursos; pela contribuição de empresas e instituições financeiras sobre *faturamento e lucro* (entre 20 e 25% dos recursos totais); por recursos fiscais do Tesouro (cerca de 7%); e outras receitas.

Parte dos recursos da União é aplicada nos serviços que estão sob sua execução direta (tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelos Ministérios militares e pelo Ministério da Educação, por meio dos Hospitais Universitários); parte é aplicada na remuneração de serviços privados conveniados e contratados pelo Sistema Único de Saúde-SUS; e outra parte é despendida em transferências para estados e municípios, para

Tabela 14
Estimativa do gasto total (público e privado) em saúde. Brasil, 1989

Fontes	Total (em US$ bilhões)	Porcentagem	Participação PIB (%)
Públicas	13,94	74,2	3,12
União	11,28	60,0	2,53
Estados e munic.(1)	2,66	14,2	0,59
Privadas	4,85	25,8	1,08
Empresa(2)	2,425	12,9	0,54
Gasto direto das famílias(3)	2,425	12,9	0,54
Total	18,79	100,0	4,20

Fonte: IPEA.
(1) Estimativa com base na participação média no gasto público total no período 1984-1988.
(2) Faturamento total do conjunto da assistência médica supletiva em 1989.
(3) Estimado como, no mínimo, igual ao faturamento das empresas com assistência médica supletiva.

custear os serviços prestados por essas instâncias de governo e para despesas de investimento.

Os recursos mobilizados por estados e municípios (cerca de 20% do gasto público total) têm origem na arrecadação de impostos, taxas e contribuições diversas e destinam-se basicamente à manutenção dos serviços a eles vinculados.

O setor privado foi responsável por cerca de 26% do gasto em saúde, fundamentalmente mediante a chamada assistência médica suplementar (seguro saúde e outras modalidades de pré-pagamento). Estima-se que as empresas sejam responsáveis por aproximadamente metade desses gastos, ao passo que a outra metade se deve aos gastos diretos das famílias com a aquisição de planos de saúde aos prestadores privados daquele setor prestador (Tabela 14).

Pelo peso do gasto federal nos setores sociais em geral e na saúde em particular, vamos examinar mais detidamente, a seguir, o comportamento dessa esfera de governo na década de 80.

Os gastos do Governo Federal do Brasil com todos os setores sociais (educação e cultura, habitação e urbanismo, saneamento e proteção ambiental, alimentação e nutrição, trabalho, assistência e previdência e saúde) foram muito oscilantes ao longo da década de 80 (Tabela 15).

Eles variaram, em valores fixos de 1991, de US$39,2 bilhões em 1980, para US$41,1 bilhões em 1991, com o pico de US$48,8 bilhões no ano de

Tabela 15
Gasto federal total e *per capita* nas áreas sociais* e em saúde e respectivas participações percentuais no PIB. Brasil, 1980-1991

Anos	Total (em US$ bilhões)	Per capita (em US$)	Partic. (%) no PIB	Saúde (em US$ bilhões)	Per capita (em US$)	(%) dos gastos sociais	Partic. % no PIB
1980	39,21	329,45	9,25	7,47	62,77	19,04	1,76
1981	40,42	332,89	10,10	6,94	57,26	17,18	1,74
1982	42,54	343,39	10,09	7,25	58,72	17,04	1,72
1983	36,11	285,75	9,39	5,79	46,04	16,05	1,51
1984	31,33	243,24	7,94	6,04	47,14	19,28	1,53
1985	36,67	279,34	8,44	6,96	53,32	18,97	1,60
1986	41,44	309,95	8,73	7,45	56,02	17,97	1,57
1987	44,35	325,86	9,63	10,77	79,47	24,29	2,34
1988	45,91	331,34	10,49	10,16	73,57	22,12	2,32
1989	48,81	346,02	10,78	11,46	81,43	23,48	2,53
1990	46,94	326,82	11,52	9,57	66,72	20,39	2,35
1991	41,14	281,45	9,69	7,94	54,33	19,31	1,87

Fonte: Adaptado de Vianna (1993).
* Saúde, Alimentação e Nutrição, Assistência e Previdência Social, Habitação e Urbanismo, Trabalho, Educação e Cultura, Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente.

1989 e o valor mais baixo de US$31,3 bilhões no ano de 1984. No mesmo período, o menor gasto *per capita* foi em 1984 (US$243,24) e o maior em 1989 (US$346,02). Em 1991, o gasto social federal foi de apenas US$281,45 *per capita*, o terceiro mais baixo nos anos considerados (Vianna, 1992).

A participação do gasto social federal no PIB tem se reduzido a 10%, em média, com valores polares de 7,94% em 1984 e o máximo de 11,52% em 1990. Em 1991, o Governo Federal gastou 9,69% do PIB nacional com o setor social.

Para a saúde tocaram entre cerca de 17,2% (em 1982) e ao redor de 24,3% (em 1987) do total do gasto social federal, com um mínimo de US$5,79 bilhões, em 1983 e um máximo de US$11,46 bilhões, em 1989. O maior valor *per capita* gasto foi de US$81,43, em 1989 e o menor de US$46,04, em 1983. Em 1991, o gasto federal total em saúde caiu a US$7,94 bilhões, o que equivale a US$54,33 *per capita*, 19,3% do gasto social federal total e apenas 1,87% do PIB. No último triênio, a queda acumulada do gasto federal em saúde chegou a 32% (Vianna, 1992).

A esse gasto em saúde, claramente insuficiente, soma-se uma severa

inflação nos custos da assistência médica proporcionada pelo SUS (Buss, 1993).

Assim, para um crescimento de 51,8% no volume de internações pagas pelo SUS entre 1984 e 1991, verificou-se um crescimento de 285,3% nas despesas. Os gastos do sistema cresceram de US$745,6 milhões, em 1984, para US$2.87 bilhões, em 1991.

O gasto médio por internação passou de US$83,43 em 1984, para US$211,74 em 1991, um crescimento, em dólares, de 153,8% no período de sete anos. Enquanto isso, nos E.U.A., entre 1980 e 1988 (em oito anos, portanto), os custos da assistência médica subiram 85% (Terris, 1992). Os hotéis do Rio de Janeiro cresceram seu preço, em dólares, de apenas 40% no mesmo período (Buss, 1993).

Essa brutal elevação dos custos médicos, que penaliza a sociedade brasileira, dá-se simultaneamente a uma sensível perda de qualidade e à extrema insatisfação dos usuários com os serviços prestados. De fato, o crescimento das altas hospitalares no âmbito do SUS, sob a rubrica "sintomas, sinais e afecções maldefinidos", passou de 1,48% para 1,82% das internações, ou 246,6 mil casos em 1991.

Os gastos totais, os gastos médios por internação, e o custo-dia, variaram enormemente de região para região do país, mostrando que, ao contrário do esperado, a assistência à saúde de certa forma amplia as desigualdades já existentes.

Assim, o Sudeste e o Sul do país tiveram gastos por internação superiores ao valor nacional médio. Por sua vez, os gastos por internação na Região Norte foram 34,75% mais baixos que a média nacional. O gasto médio com as internações no Sul do país foi 69,1% mais elevado que no Norte. O custo-dia variou de US$28,70 na Região Sudeste até US$37,11 na Região Sul, diferença de 29,3% (Buss, 1993).

O SUS teve um gasto médio com hospitalização de US$19,66 por habitante, em 1991. A variação inter-regional, entretanto, foi enorme, com os valores extremos situando-se entre apenas US$7,71 na Região Norte e US$24,33 na Região Sul, uma diferença de 3,1 vezes. Também o Nordeste ficou abaixo da média nacional (Buss, 1993).

Considerações finais

O Brasil é um país de marcadas diferenças sociais, que se expressam também ao se analisarem as condições de saúde da população ou o seu sistema de saúde (Quadro 2).

Como se mostra no presente trabalho, as condições de saúde variam enormemente de região para região, com evidente prejuízo para as regiões

Quadro 2
Renda *per capita* e diversos indicadores de saúde.
Brasil e grandes regiões, circa 1989

Regiões	Renda per capita (US$)	Mort. Infantil (por 1.000 NV)	Leitos (por 1.000 hab.)	Internações (por 1.000 hab.)	Médicos por 10.000 hab.	Gasto per capita do SUS em assistência hospitalar (em US$)
Norte	1.401	62,9	2,12	10,94	6,23	7,71
Nordeste	918	88,9	2,77	11,16	7,95	16,43
Sudeste	3.217	40,9	4,34	13,31	20,52	21,95
Sul	2.382	40,6	4,26	14,83	15,43	24,33
C.-Oeste	1.949	48,2	4,23	19,30	13,50	20,98
Brasil	2.241	59,7	3,72	13,14	14,68	19,66

Fonte: Diversos.

mais pobres do país e, dentro delas, para as áreas rurais, para as áreas periféricas das cidades, e para as classes sociais subalternas.

Não obstante, o sistema de saúde comporta-se também desigualmente na distribuição dos seus recursos, quer financeiros, quer de capacidade instalada e oferta de serviços, ampliando, dessa forma, as desigualdades vigentes.

Os incontestáveis avanços jurídico-legais obtidos na área da saúde — com a Constituição Federal de 1988, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, que reiteram os princípios federais, e a legislação infraconstitucional, nos anos subseqüentes — não se expressaram, contudo, na melhoria dos serviços oferecidos ou na ampliação da cobertura.

A IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS, 1992) foi o último grande evento político realizado no país, que teve como centro dos debates a questão da saúde. Realizada em agosto de 1992, na capital do país, após ampla mobilização nacional, reuniu milhares de delegados dos diferentes segmentos sociais envolvidos com o tema da saúde, de diferentes regiões do país.

Os participantes da Conferência reafirmaram seu apoio aos postulados constitucionais quanto à saúde e à seguridade social. A *descentralização/municipalização* do sistema de saúde foi a tônica das discussões, assim como o *controle social*, enfatizado por meio da proposta de constituição dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, até mesmo nas uni-

dades locais de saúde, na forma de Conselhos Gestores. Esses conselhos jogam o importante papel de concertação dos interesses dos vários segmentos sociais envolvidos com a questão da saúde: governo e sociedade civil; setor público e setor privado; prestadores de serviços e usuários; empregadores e empregados (profissionais de saúde); entre outros pares em confronto.

No momento, tem seqüência, com grandes dificuldades, a implementação das decisões daquela Conferência. As dificuldades são de diversas naturezas. O sistema apresenta problemas graves de caráter gerencial, nos três níveis de governo, com o amadorismo dos quadros administrativos e a obsolescência dos métodos e procedimentos gerenciais, que trazem, como conseqüência, elevado desperdício de recursos.

A escassez de recursos financeiros, expressada no baixíssimo gasto *per capita* em saúde, conduz a um importante sucateamento das instituições públicas do setor, ao aviltamento dos preços dos serviços comprados à rede privada pelo SUS e a salários absolutamente incompatíveis com as responsabilidades que pesam sobre os profissionais de saúde.

O corporativismo exacerbado tem no absurdo descompromisso social dos profissionais de saúde uma das suas mais graves características. O absenteísmo, a baixa qualidade da relação com os usuários, o despreparo para o exercício das práticas de saúde são algumas das características da força de trabalho atualmente contratada pela rede pública de saúde.

As práticas dominantes nos serviços de saúde, voltadas essencialmente para os indivíduos e eminentemente assistenciais e hospitalares, possuem baixa resolutividade e são freqüentemente ineficazes, quando se considera o quadro epidemiológico prevalente ou, mais amplamente, as necessidades sociais em saúde.

Sem dúvida alguma, a decisão política de priorizar os setores sociais, até mesmo o da saúde, pelos governos federal, estaduais e municipais, o que deverá implicar uma elevação substantiva dos gastos em saúde, é o primeiro e decisivo passo para a superação dos diversos problemas do sistema. O irrisório gasto público em saúde precisa ser imediatamente revertido, estimando-se que deveria atingir um mínimo de US$300 *per capita*, ou seja, triplicar os gastos atuais, para se obter um impacto evidente sobre a qualidade e a cobertura dos serviços. A distribuição de tais gastos deveria processar-se igualmente entre as três esferas de poder.

A efetiva descentralização do comando do sistema, dos recursos financeiros e da execução das ações de saúde para os níveis municipais e, mesmo distritais, com a implementação de diversos mecanismos de controle social e a reinvenção do papel regulador do Estado em todas as

suas múltiplas dimensões são fundamentais para a plena implantação do Sistema Único de Saúde previsto em lei.

Isso significa também definir precisamente o estratégico papel do nível estadual, particularmente em funções como a assistência de referência, o desenvolvimento de recursos humanos e da área de ciência e tecnologia, a produção de insumos estratégicos e essenciais, a vigilância epidemiológica e sanitária, a cooperação técnica com os municípios, e o papel assistencial mesmo, nos casos dos inúmeros municípios cujo número de habitantes e orçamento são irrisórios, por natureza, para manter os serviços de saúde necessários. Neste último caso, caberia explorar a estratégia dos consórcios intermunicipais, que vem sendo experimentada com êxito em algumas micro-regiões do país.

Essas são algumas das medidas urgentes e inadiáveis a serem tomadas nos próximos anos para o resgate da dívida social e sanitária ainda pendente de liquidação na sociedade brasileira, sob pena de encerrarmos a década de 90 e o século com índices de saúde e condições de vida inaceitáveis e indignas para a maioria da nossa população.

Bibliografia

AEB. *Anuário estatístico do Brasil 1991*. Rio de Janeiro, IBGE.

BARATA, R. C. B. (1988) *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo, Cortez.

BENÍCIO, M. H. A. et alii (1992) *Perfil da morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de 5 anos*. In ref. IBGE/UNICEF/INAN, 1992.

BRASIL (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Brasília, Centro Gráfico do Senado Federal.

——— (1991) *Lei orgânica da saúde*. Brasília, Ministério da Saúde.

——— (1993) *IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde.

BREMAEKER, F. E. J. (1992) *Migração: a marca do censo de 1991*. Rio de Janeiro, IBAM, Série Estudos Demográficos 10.

BUSS, P. M. (1993) Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS* 2(2):5-42.

CARNEIRO, M. B. (1992) *O controle de endemias no Sistema Único de Saúde: o caso da dengue no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, ENSP, dissertação de mestrado, mimeo.

CASTELLANOS, P. L. (1989) Perfil socio-epidemiológico y escenarios cambiantes para las prácticas en salud en América Latina. In UDUAL/ALADEFE/ALAFEM/OFEDO/OPS. *La universidade latinoamericana y la salud de la población*. Caracas.

CASTILHO, E.; CHEQUER, P. & STRUCHINER, C. (1992) AIDS no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS* 1(3):115-24.

CENEPI (1992) *Informe Epidemiológico do SUS* — volume 1, vv. números. Brasília, Ministério da Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia.

CHOR, D.; DUCHIADE, M. P. & JOURDAN, A. M. F. (1992) Diferencial de mortalidade em homens e mulheres no Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública* 26(4):246-55.

CORDEIRO, H. (1991) *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, Ayuri/Abrasco.

COSTA, N. R. (1985) *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis, Vozes.

DAL POZ, M. R. & VARELLA, T. C. (1993) *Estudo das condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, mimeo.

FADUL, W. (1992) *Anais da 3.ª Conferência Nacional de Saúde*. Niterói, Prefeitura Municipal/Secretaria de Saúde.

FAVARET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. (1990) A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 3:139-62.

GENTILE DE MELLO, C. (1977) *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes/Hucitec.

GIRARDI, S. N. (1991) A força de trabalho no setor saúde: elementos teóricos e evidências empíricas. *Rev Ed Med Salud* 25(1):37-48.

IBGE (1992) *Censo demográfico 1991: resultados preliminares*. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE/AMS (1989) *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária* v. 14-1989. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE/INAN (1990) *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: resultados preliminares*. Brasília, INAN/IBGE/IPEA.

IBGE/PNAD (1989) *Síntese de indicadores da pesquisa básica da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE/UNICEF/INAN (1992) *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989*. Rio de Janeiro, IBGE.

INSTITUTO DE SAÚDE DE SÃO PAULO (1991) *Avaliação da municipalização no SUDS/SP*. São Paulo, Instituto de Saúde.

LUZ, M. T. (1979) *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.

MACHADO, M. H. & PIERANTONI, C. R. (1992) *Especialidades médicas: formação e inserção no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro, ENSP, mimeo.

MAGALHÃES, R. A. & ASSIS, J. C. (1993) *Seguridade social no Brasil: ...tivos e viabilidade financeira*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, Série Estudos Saúde Coletiva 70.

MÉDICI, A. C. (1992) Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública* 26(2):79-115.

MÉDICI, A. C. & CAMPOS, M. R. (1992) *Brasil: padrões de morbidade e utilização de serviços de saúde — uma análise da PNAD 1986. Relatórios técnicos*. Rio de Janeiro, ENCE/IBGE.

MENDES, E. V. (1993) As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Hucitec/Abrasco.

MONTEIRO, C. A. et alii (1992) *O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989*. In IBGE/UNICEF/INAN, p. 43-59.

MONTEIRO, M. F. G. (1992) *Baixo peso ao nascer*. In IBGE/UNICEF/INAN.

OLIVEIRA, J. A. A. & FLEURY TEIXEIRA, S. (1986) *(Im)previdência social no Brasil*. Petrópolis, Vozes.

OLIVEIRA, E. S. & MOYSÉS, N. M. N. (1992) *Capacidade instalada e postos de trabalho no setor saúde*. Rio de Janeiro, ENSP, mimeo.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (1990) *Condiciones de salud en las Américas — Brasil*. Washington, DC, OPAS.

PNUD (1992) *Desarrollo humano: informe 1992*. Bogotá, Tercer Mundo/PNUD.

RODRIGUEZ NETO, E. (1990) *Os caminhos do Sistema Único de Saúde no Brasil: algumas considerações e propostas*. Brasília, NESP/UNB, mimeo.

SABOIA, J. (1993) Distribuição da renda e pobreza metropolitana no Brasil. In MINAYO, M. C. S. *O limite da exclusão social*. São Paulo, Hucitec/Abrasco.

SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M. e OSANAI, C. H. (1992) A organização do espaço e os processos endêmico-epidêmicos. In LEAL et alii (org.) *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.

SIMÕES, C. C. S. (1992) *O estudo dos diferenciais na mortalidade infantil segundo algumas características sócio-econômicas*. In ref. IBGE/UNICEF/ INAM.

VIANNA, S. M. (coord.) (1992) *Brasil: indicadores sociais*. Brasília, IPEA, Relatório Interno CPS 08/92.

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CHILE: ENTRE A RAZÃO E A FORÇA

MARÍA ELIANA LABRA

Por la Razón o la Fuerza
(lema do escudo da República do Chile)

O Chile, essa comprida e estreita faixa de terra espremida entre o oceano Pacífico e a cordilheira dos Andes, tem superfície continental de 756.252 km^2 e caracteriza-se por ter população bastante homogênea em termos culturais e étnicos (5% é de raça indígena pura). Com 13,8 milhões de habitantes (15% rurais), a capital da república, Santiago, concentra 33,4% da população nacional, que é bastante jovem: 30,6% são menores de quinze anos, ao passo que os maiores de 64 anos representam 6%. Dados oficiais de 1991 mostram que a esperança média de vida ao nascer é de 72 anos, correspondendo 75,6 anos para as mulheres e 68,5 para os homens; a taxa de natalidade é de 22,4 nascimentos por mil habitantes e a mortalidade geral é de 5,6 por mil; a mortalidade infantil em menores de um ano por mil nascidos vivos é de 14,6; a mortalidade neonatal é de 7,9 e a mortalidade materna de 35,4, sendo a principal causa o aborto com treze óbitos por cem mil (Ministerio de Salud, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde, a estrutura das causas de morte é própria de uma fase de transição epidemiológica em que as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos ocupam os dois primeiros lugares, seguidos dos acidentes e das doenças respiratórias. De fato, em 1991 as taxas por cem mil habitantes para as principais causas eram as seguintes: doenças do aparelho circulatório — 159,7; tumores malignos — 109,3; traumatismos e acidentes — 69,1; doenças do aparelho respiratório — 61,1; doenças do aparelho digestivo — 39,5; doenças infecciosas e parasitárias — 15,7. O grupo de causas maldefinidas representou 5,8% do total, com uma taxa de 32,3 (Ministerio de Salud, 1993).

A constante melhoria dos indicadores de saúde do país desde os anos 60 tem sido favorecida pelo progressivo acesso da população às redes de água potável (95,2% na área urbana e 73,3% na rural) e de esgoto (83% no setor urbano), e a expansão do sistema escolar, de cobertura praticamente universal no ensino primário e de 80% no segundo grau, sendo o analfabetismo inexpressivo (Ministerio de Salud, 1993). Por sua vez, tanto a prestação de cuidados preventivos e curativos quanto a formação de recursos humanos e pesquisa científica em saúde têm estado historicamente centrados num complexo estatal de serviços de assistência médica hospitalar e de ensino superior de abrangência nacional.

Esse quadro se insere numa perspectiva de recuperação econômica que o país experimenta de 1986 em diante, apresentando em 1992 bons indicadores de desempenho: o PIB cresceu 10,3% e equivale a 2.670 dólares *per capita* (cifra modesta se comparada com a média mundial de 4.200 dólares); a inflação foi de 12,7%; a taxa de desemprego alcançou apenas 4,4% (o que tecnicamente significa pleno emprego); e houve aumento real de salários próximo a 5% (PET, 1992).

Contudo, os efeitos das severas e regressivas políticas econômicas de ajuste e modernização adotadas pelo regime militar sob inspiração da ortodoxia neoliberal, ainda se refletem nos altos níveis de pobreza existentes. Embora a população tenha em geral acesso a equipamentos sociais e 88% morem em habitações permanentes, cerca de 40% dos chilenos ganham menos que o necessário para comprar uma cesta básica de alimentos e, dentro desse estrato, 13,7% ou 1,8 milhões são indigentes (Matte & Camhi, 1993).

Resgatar essa dívida social foi o principal desafio do governo democrático que assumiu em março de 1990, após dezessete anos de autoritarismo militar. De tal compromisso faz parte a questão da assistência à saúde, cuja institucionalidade foi duramente atingida pelo reformismo neoliberal. Examinar essas mudanças no sistema de saúde à luz da evolução política recente do país é o objetivo fundamental deste trabalho.

Introdução

No presente século as políticas de saúde do Chile têm estado diretamente vinculadas à construção, destruição e restauração do regime liberal democrático. Mais ainda, inseriram-se em projetos políticos de profunda transformação da sociedade, os quais, com direções diferentes, ou mesmo opostas, deixaram marcas indeléveis no sistema de serviços assistenciais.

Em uma primeira etapa, compreendida pelo período 1920-1973, a expansão das políticas sociais explicitou a expressão de vontades coletivas

mediatizadas pelos partidos políticos como atores capazes de conjugar a ideologia e o interesse das classes populares e de processar sua tradução em políticas públicas inclusivas do conjunto social. Se, por uma parte, esse formato de relações entre Estado e Sociedade introduziu crescente pressão redistributiva tensionada por um modelo econômico concentrador de renda e de riqueza, por outra contribuiu para prevenir a institucionalização de articulações puramente corporativas, seja de cunho estatal, seja de cunho apenas particularista e clientelista.

Em poucas palavras, as imperfeitas instituições que materializaram os direitos sociais do povo chileno foram conquistas resultantes de conflitos e consensos entre diversas forças societárias movidas pela dinâmica de um pluralismo político centrado no sistema partidário. E assim foi também no âmbito sanitário. O Serviço Nacional de Saúde, criado em 1952, foi a concretização inacabada — porém modelar — do preceito da Constituição liberal de 1925 estabelecendo tal encargo como dever de um Estado que se perfila protetor do bem-estar da cidadania e motor propulsor da economia nacional.

O interregno ditatorial, iniciado em 11 de setembro de 1973, representou a negação desse padrão de desenvolvimento político, econômico e social, com a tenaz decisão do regime militar de suprimir todas as mediações entre o Estado e a Sociedade, tão duramente construídas até então. Como é bem sabido, fez parte dessa estratégia de refundar a Nação a despolitização repressiva da consciência popular e a aplicação do receituário neoliberal: internacionalização da economia; instauração do mercado como eixo das relações sociais; redução do Estado ao papel de coadjuvante da acumulação privada; conversão, enfim, dos cidadãos em consumidores individuais maximizadores de seu próprio interesse. Nessa perspectiva de transformação estrutural, a área social passou a ser tratada apenas como vasto campo a ser explorado lucrativamente pelo empresariado privado, investido agora em agente condutor da vida econômica, social e cultural.

A demolição do Estado de Bem-Estar começou de fato com a Constituição imposta ao país em 1980, cuja marca mais profunda foi a privatização total da previdência social (exceto a das Forças Armadas e Polícias). Quanto ao setor saúde, os princípios de uma medicina social solidária e de unidade orgânica que animavam os serviços foram atacados na raiz. No âmbito das ações curativas o Estado ficou restrito apenas a garantir o acesso dos indivíduos a serviços públicos ou privados, configurando-se ademais um modelo assistencial organicamente desintegrado, geograficamente atomizado e socialmente hierarquizado segundo a capacidade de compra de atenção médica dos usuários.

A coalizão de centro-esquerda Concertación de Partidos por la Demo-

cracia, eleita em dezembro de 1989, deparou-se com os enormes problemas sociais herdados da ditadura, dos quais a assistência médico-hospitalar emergiu como questão tão prioritária quanto a das violações dos direitos humanos. Sob o primado da reconstrução do consenso nacional e alicerçado em diretrizes programáticas norteadas pelo lema "crescimento com eqüidade", o governo democrático avocou-se à recuperação da dívida social no marco das variáveis macroeconômicas estabelecidas pelo liberalismo autoritário. No plano da saúde, isso quer dizer que a preservação da *economia social de mercado* delimita o espaço de negociação do governo com os representantes dos antigos e novos interesses setoriais a respeito da agenda de mudanças politicamente viáveis a serem realizadas nos devastados serviços públicos. Tudo isso em um contexto de plena retomada do papel histórico dos partidos políticos como *coluna vertebral* do sistema político chileno, de notável bonança econômica e de plena confiança na futura continuidade da correlação de forças que sustenta a *democracia de acordos*, após as novas eleições gerais de dezembro de 1993.

Acompanhando as três grandes etapas acima esboçadas, a seguir apontaremos as transformações mais importantes introduzidas na estrutura e organização dos serviços de saúde no Chile no decorrer de sua evolução. Concluiremos a exposição com breves considerações a respeito dos projetos de reforma em debate atualmente.

A) Antecedentes e trajetória do Serviço Nacional de Saúde — SNS (1920-1973)

1. Legislação social, médicos e política

O Chile conquistou a independência da Espanha em 1810. Após um período de anarquia, em 1833 foi promulgada a constituição republicana que assentou as bases para a construção do Estado de Direito. Afiançado em um regime presidencial autárquico, guardou, no entanto, certa tradição de austeridade, civilismo e probidade (Frías, V., 1974; Valenzuela, 1989; Góngora, 1990; Atria & Tagle, 1991). É importante destacar que de 1860 em diante começam a formar-se no país partidos políticos modernos[1] de importância crucial na vida nacional até hoje. De então também datam as origens do movimento sindical, que culmina com a fundação da Federação Operária do Chile — FOCH (1909), precedente fundamental do movimento operário posterior, caracterizado pela combatividade, a homogeneidade cultural de suas bases e una vocação unitária de esquerda revolucionária ou reformista do sistema sócio-econômico (Frías, 1989). No início deste século surgiram, ademais, as organizações da classe média como produto

do acesso à educação em uma sociedade já secularizada. Exemplo disso foi a Federação de Estudantes do Chile — FECH (1906), cuja preocupação com a questão social significou o primeiro encontro entre o mundo estudiantil e o operário.

Em meio a uma grave crise econômica e social, em 1925 foi aprovada em plebiscito uma constituição liberal moderna, selando a derrota das elites oligárquicas e a inauguração do regime democrático representativo pleno. Com a progressiva expansão da franquia, foi configurando-se um sistema político centrado em uma constelação pluralista de partidos cujas características podem resumir-se em dois traços: (1) abrangeu um espectro ideológico claramente diferenciado em direita, centro e esquerda, e (2) subordinou à sua atuação todas as organizações sociais. Entre 1833 e 1973, salvo breves e ocasionais escaramuças encerradas no começo dos anos 30, a evolução política do país caracterizou-se por uma continuidade institucional ímpar em termos continentais e até mundiais.

Nos agitados anos 20 foi também aprovado abruptamente um vasto conjunto de leis sociais e trabalhistas, pioneiro na América Latina, talvez por acaso histórico: impasses entre o Poder Executivo e o Congresso Nacional levaram a uma paralisia decisória que envolvia aumento salarial para os militares. Estes, das galerias da Casa Legislativa, forçaram a aprovação das leis pendentes no mês de setembro de 1924, vingando assim a proposta conservadora de pacificar a revolta popular mediante uma legislação social *à Bismarck*, à revelia, até, dos líderes da FOCH (Morris, 1967).

Assim também surgiu o Seguro Obreiro Obrigatório, com financiamento tripartite[2]. A administração coube à Caixa do Seguro Obreiro, que criou um Departamento Médico para prestar assistência ambulatorial ao segurado, esposa gestante e filhos menores de dois anos. Para tanto, essa repartição construiu consultórios, postos rurais e centros de emergência em lugares de concentração operária, contratando médicos para o atendimento. Além disso, instalou sanatórios para tratamento da tuberculose e outros flagelos da época. A Caixa praticamente não construiu hospitais. A atenção hospitalar era prestada nos estabelecimentos conveniados com a Junta de Beneficência, à qual nos referiremos a seguir.

A responsabilidade estatal pela assistência hospitalar esteve presente no Chile já nos primórdios da colônia, com a fundação em 1552 de um hospital por ordem da coroa (o atual São João de Deus). Na época da independência o país tinha pouco mais de um milhão de habitantes e já existiam pelo menos catorze hospitais dirigidos por ordens religiosas. No decorrer do século XIX, esse número viu-se acrescido de novos estabelecimentos fundados pela caridade privada. Em 1917 (ano do I Congresso de Beneficência Pública) tais hospitais já tinham sido abertos à comuni-

dade por meio de dispensários externos, eram dirigidos por médicos e o conceito de caridade mudou para o de assistência. Os estabelecimentos ficaram a cargo da Junta Central de Beneficência (cujas origens remontam a 1822), de caráter público, sendo financiados principalmente com verbas do orçamento nacional (Viel, 1961).

No âmbito da saúde pública, em 1918 aprovou-se o primeiro Código Sanitário do país. Para sua execução nas quatro zonas de saúde em que fora dividido o território nacional, foi criada a Direção Geral de *Salubridad* ou de Saúde Pública no Ministério do Interior. Com a legislação de 1924 essa Direção e a Junta de Beneficência ficaram a cargo do novo Ministério de Higiene, Assistência e Previdência Social. Em 1931 surge um novo Código Sanitário (vigente na sua essência até hoje). Com os poderes quase ilimitados que esse instrumento concedeu ao diretor-geral da repartição sanitária, foi criada uma rede nacional de serviços de saúde pública (polícia sanitária, prevenção, educação e controle epidemiológico) que foi fundamental como modelo técnico e legal para o futuro. Contudo, a assistência médica continuou a cargo da Beneficência.

O Censo de 1920 mostrou que o Chile tinha 3,3 milhões de habitantes (46,4% urbanos); a situação da saúde era péssima devido à pobreza, ao desemprego e a doenças de massa como a tuberculose. Em 1924 a moralidade geral era de 28,4 por mil habitantes e a mortalidade infantil alcançava 242,2 por mil nascidos vivos (Valdivieso & Juricic, 1970).

As Garantias Constitucionais da Carta de 1925 ratificaram as bases da Seguridade Social chilena, dando amparo ao trabalhador e sua família no que tange a condições econômicas, previdência, assistência social, habitação e saúde. A Carta estipulou que: *Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad* (Constitución Política de la República de Chile, 1925, Cap. III, Art. 10.°, Inc. 14.°).

Esse preceito somente será cumprido em 1952. Para sua materialização, tiveram de evoluir e se conjugar positivamente vários fatores, dos quais cabe destacar: no plano político, a conformação nos anos 30 da Frente Popular de centro-esquerda que levou o médico e líder socialista Salvador Allende à direção do Ministério de Saúde, Assistência e Previdência (1939-42), de onde projetou a futura reforma da Seguridade Social; no plano doutrinário, a consolidação de uma importante corrente de pensamento comprometida com a medicina social; e, no plano institucional, a lei de "Medicina Preventiva" de 1938, obrigatória para todas as Caixas de Previdência[3]. Essa lei teve dois efeitos cruciais: por um lado, unificou os diversos serviços preventivos existentes, destinando-os ao atendimento das gestantes e crianças até os quinze anos e, por outro, fundiu os departamen-

tos médicos das Caixas dos empregados dos setores público e privado no Serviço Nacional de Empregados — SERMENA (1942), destinado a prestar apenas os cuidados de prevenção exigidos pela nova lei.

Outro ponto que cabe mencionar, pelas suas conseqüências para a futura organização do sistema de saúde, refere-se à proteção dos trabalhadores de acidentes e doenças profissionais. A Lei de Acidentes do Trabalho de 1916, que responsabilizava os patrões contra esses riscos, foi incorporada à legislação de 1924 e ao Código do Trabalho de 1931, e a higiene industrial foi contemplada no Código Sanitário desse ano, iniciando-se dessa forma atividades estatais de fiscalização e prevenção nesse âmbito. Para se proteger, os empregadores podiam voluntariamente contratar seguros com companhias privadas ou com a Caixa Nacional de Poupança. Em 1942 foi criada a Caixa de Acidentes do Trabalho para administrar o seguro, que permaneceu voluntário. A nova Caixa também assumiu tarefas de prevenção, atenção médico-cirúrgica e reabilitação. Porém não houve unificação dos serviços na atenção à saúde do trabalhador; ao contrário, ficaram divididos entre a esfera pública e a privada: por uma parte, a cargo das repartições sanitárias e do trabalho e, por outra, por conta dos empregadores, que continuaram a assegurar seus trabalhadores em companhias privadas que, por sua vez, atendiam os lesionados em clínicas próprias (Echeverría et al., 1991). A unificação e ampliação das instituições públicas terá lugar nos anos 50 e 60 mas, como veremos, continuaram a coexistir com associações industriais organizadas em *mutualidades* de empregadores, configurando-se um *misto* público/privado vigente até hoje.

Um passo importante na reprodução da doutrina da medicina socializada foi a criação da Escola Nacional de Salubridade (1943) na Universidade do Chile, que vai contribuir para o aprimoramento técnico dos quadros sanitários e a união de esforços em torno da construção de uma única instituição estatal de saúde. A concreção deste projeto encontrou, todavia, obstáculos importantes na oposição de boa parte dos médicos, que se viram confrontados com o dilema da *funcionarização* que significaria um serviço estatal *versus* o livre exercício da profissão. O apoio à reforma foi dado após o atendimento governamental de duas reivindicações dos profissionais: (1) a criação em 1948 do Colégio Médico do Chile (em substituição da Associação Médica organizada em 1931), como corporação de direito público de filiação obrigatória que assume a representação monopólica dos galenos, o controle ético da medicina, a autoridade disciplinar para sancionar infrações, o poder de tabelar honorários e o direito de assessorar no desenho das políticas de saúde; e (2) a sanção legal em 1951 do Estatuto do Médico Funcionário, que regulamentou as condições de trabalho, estabeleceu a ascensão por anos

de serviços (e não por mérito) e garantiu jornada máxima de seis horas diárias, de forma a compatibilizar o cargo público com a prática privada. O Estatuto foi ampliado em 1952 aos dentistas e químico-farmacêuticos.

A articulação entre os dirigentes do Colégio Médico, os partidos políticos e a burocracia sanitária, e mais o privilegiado *status* social da profissão, conferiram aos médicos grandes recursos de poder. Além de vocalizar demandas e atuar como atores legítimos na formulação das políticas de saúde, ocupavam os altos cargos da burocracia sanitária, regulavam o número de formandos em medicina e reproduziam seus princípios doutrinários por meio do ensino, fechando assim um círculo de poder político, técnico e cultural único no país.

O projeto, que já se perfilava, de um sistema de saúde bem organizado, de cobertura universal e prestador de cuidados preventivos, curativos e reabilitadores integrados, recebeu o total apoio dos paramédicos, congregados na Federação de Trabalhadores da Saúde — FENATS, que nasceu nos anos 40 umbilicalmente ligada à Central de Trabalhadores do Chile — CTCH, de orientação comunista-socialista.

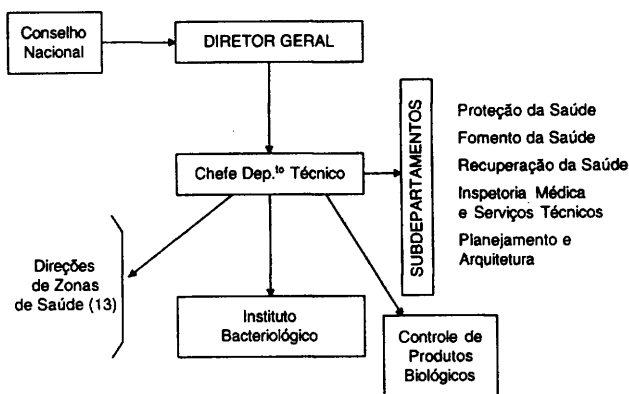
Todavia, o compromisso de classe e corporativo que foi possível alcançar nesse período de expansão concomitante da democracia política e social não permitiu a realização desse projeto com a plenitude e a abrangência desejadas pelos arautos da medicina socializada.

2. *O Serviço Nacional de Saúde — SNS*

Nos anos 50, no auge do desenvolvimentismo nacional liderado pelo Estado e de movimentos de diferenciação funcional dos aparelhos estatais, processa-se grande reforma nas áreas previdenciária e sanitária, consignada na Lei n.º 10.383 de 8 de agosto de 1952.

Por esse ato legal foi extinta a Caixa do Seguro e criado o Serviço de Seguro Social — SSS no âmbito do Ministério do Trabalho. A medida contribuiu para a coordenação e racionalização do sistema existente. Porém, por causa de pressão de grupos com poder diferenciado, não se traduziu na unificação das diversas caixas nem na inclusão dos empregadores e autônomos no regime de benefícios. Por essa razão, a força de trabalho do mercado formal ficou filiada a seus respectivos sistemas, dos quais o Seguro Social era o mais importante, cobrindo 45% da população, fundamentalmente operários e seus familiares.

Simultaneamente, foi também implantado o *Serviço Nacional de Saúde — SNS* no novo Ministério da Saúde Pública, que incorporou todos os serviços assistenciais então existentes[4]. O Quadro 1 esquematiza as atividades finalísticas da nova estrutura:

Quadro 1.
Organograma simplificado do SNS, 1959

Fonte: Viel (1961).

Pode-se observar que o SNS foi organizado em três grandes departamentos técnicos: proteção, fomento e recuperação. Além disso, o país foi dividido em treze zonas de saúde, aprimorando assim a tendência à administração regionalizada dos serviços. Como arena de discussão das políticas setoriais foi criado o Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes das autoridades de saúde, dos médicos e das organizações patronais e sindicais[5].

Cabe ainda mencionar que a Inspetoria Médica ficou a cargo do sistema de informações bioestatísticas, que no país tem sido e ainda é muito bom.

Não obstante o esforço de unificação que representou o SNS, passou a dar cobertura universal somente nas ações *preventivas*, ao passo que os cuidados *curativos* se mantiveram restritos aos indigentes e aos operários do mercado formal e seu grupo familiar.

Além disso, o SNS já nasceu deficitário. Para financiá-lo, a lei entregou, além do patrimônio das antigas repartições, os mesmos recursos públicos antes destinados àquelas e, dos fundos do Seguro Social, as contribuições do trabalhador (4,5% porém com destinação específica para auxílio-doença) e do Estado (5,5% sobre a folha de salários dos operários). Quer dizer, a proposta inicial de financiar o SNS, como na Inglaterra, com recursos gerais da nação, não vingou. Para enfrentar o desfinanciamento, o SNS passou a atender a demanda por assistência de

todos os cidadãos que a solicitassem, cobrando para tanto preços muito baixos. Ao mesmo tempo o Estado teve que ampliar sua contribuição orçamentária, esperando-se que chegasse a cobrir cerca de 90% dos gastos, caso outras providências não fossem tomadas (Viel, 1961).

A expectativa na época era a de que os segmentos não cobertos pelo sistema público recorreriam à medicina privada. Mas isso não ocorreu, mesmo porque esta não se desenvolveu: o SNS, proprietário de 88,5% dos leitos e responsável por 86% das altas hospitalares do país, terminou atendendo à imensa maioria da população (Ministerio de Salud, 1970) em circunstâncias que já evidenciavam sérios problemas gerenciais derivados do deficiente controle de usuários e dos baixos salários do funcionalismo, agravados pela inflação de custos que haveria de experimentar a atenção médica a partir da década de 60 no país e no mundo.

E será nessa mesma década que serão tentadas soluções para a crítica situação do SNS, já em um novo cenário político e sob a égide da visão planejadora que passou a permear a ação estatal em todos os seus âmbitos de intervenção.

3. O Sistema Único de Saúde — um sonho frustrado

No início dos anos 60 o país já tinha adquirido características mesocráticas, o que se traduziu na condução do centro político-ideológico representado pela Democracia-Cristã ao governo (1964-1970). O PDC, partido pluriclassista com hegemonia dos setores médios que buscavam a diferenciação como classe em ascensão (Morales, 1981), tentou levar adiante sua estratégia de *Revolução em Liberdade* sem recorrer à política de acordos interpartidários que pautara o agir nacional até então, no que foi facilitado pela maioria parlamentar com que contou.

Dado esse contexto, o projeto de unificar todos os serviços públicos não prosperou. Ao contrário, foram introduzidos dois importantes precedentes privatizantes: um, na área de acidentes do trabalho, e outro, no acesso à assistência curativa pelo funcionalismo público civil e os empregados privados. Referimo-nos a seguir a esses dois pontos.

a) Acidentes do trabalho e doenças profissionais: No final da década de 50 os empregadores tinham criado associações privadas *(mutualidades de empleadores)* destinadas a administrar o seguro voluntário contra esses riscos entre seus trabalhadores. Em 1968 o seguro se torna obrigatório, tais associações se consolidam como *Mutualidades de Seguridad Laboral* e passam a administrar legalmente o seguro contra acidentes do trabalho (2% da folha de salários em média)[6]. Os recursos foram destinados à prevenção, reabilitação e auxílio pecuniário, desenvolvendo-se desde então um sistema misto público/privado que em conjunto passou

a cobrir 60% da força de trabalho do mercado formal. Enquanto as responsabilidades públicas no plano normativo, fiscalizador e executor ficaram no Ministério da Saúde e secundariamente nas Inspetorias do Ministério do Trabalho, o subsistema privado se organizou com base na solidariedade interassociados, está integrado por três grandes *Mutualidades*, é responsável por cerca de 70% da cobertura do seguro de acidentes do trabalho e doenças profissionais e presta serviços médicos reparadores e reabilitadores em instalações próprias de boa qualidade (Jiménez, 1989).

b) O regime de livre escolha na atenção médica: As mudanças introduzidas pelo governo democrata-cristão na área assistencial ratificaram a oferta estratificada de serviços curativos, uma vez que foram criadas condições especiais para as categorias de empregados acederem à atenção médica hospitalar estatal, financiada em boa parte com as contribuições dos segurados do SSS.

Para tanto, pela lei de "Medicina Curativa" de 1968[7] foi criado o *regime de livre escolha e co-pagamento* no que tange à prestação de atenção médica e odontológica aos servidores públicos e empregados do setor privado e seus familiares, por meio de convênios do SERMENA com o SNS ou com instituições privadas e profissionais liberais, estes sob supervisão do respectivo Colégio Profissional. Para financiar o novo sistema foi criado um Fundo de Assistência Médica, administrado pelo SERMENA e mantido basicamente com 1% das contribuições previdenciárias dos empregados, além dos pagamentos diretos dos usuários mediante um sistema de *bônus*.

A nova modalidade assistencial de livre escolha foi a solução de compromisso resultante de uma luta entre os defensores do sistema único de saúde e os interesses corporativos representados pelas associações dos profissionais e dos empregados, essas em articulação com os políticos da situação. Foi a fórmula encontrada, enfim, para estender a cobertura curativa à classe média assalariada, que no final da década de 1960 representava 18,7% da população do país (Ministerio de Salud, 1970).

Contudo, para os saturados serviços do SNS, a nova demanda representou sobrecarga adicional que tornava imperativo definir a questão do financiamento. Os próprios dirigentes democrata-cristãos da saúde eram favoráveis à expansão preferencial do setor público, até mesmo como meio de baratear os custos e promover melhor redistribuição dos recursos do país. Mas isso requeria uma reforma que tornasse o sistema tributário mais eqüitativo, o que nas condições políticas da época não foi possível realizar (Ibidem).

Em 1970 chegou ao poder a aliança socialista-comunista *Unidade Popular* liderada pelo Dr. Salvador Allende. Faziam parte das estratégias da

Via Chilena ao Socialismo reformas estruturais no campo econômico, industrial e agrário, além da redistribuição da renda e o aumento do consumo popular. Tais mudanças foram realizadas com êxito já no primeiro ano de gestão. Mas o mesmo não aconteceu com as metas programáticas que previam a unificação do sistema escolar, previdenciário e da saúde.

O ponto crucial da política de saúde do governo popular era estruturar um Serviço Único de Saúde (SUS) com base nos postulados de uma medicina integral, igualitária, humana, oportuna e universal[8]. Para tanto, já existia o SNS que cumpria a maior parte dos requisitos de organização e infra-estrutura, além de contar com mais de sessenta mil funcionários. Chegar ao SUS significava ampliar a cobertura para toda a população, aumentar o rendimento e a eficácia dos serviços e, principalmente, suprimir a diferenciação entre pacientes de primeira e segunda classe introduzida pelos convênios do SNS com o SERMENA, que redundaram na atenção preferencial dos beneficiários deste em detrimento dos segurados do SSS.

Mas os principais entraves à concretização do SUS vieram de dentro do próprio setor. A extrema polarização ideológica entre esquerda e centro-direita, que viveu o país nessa conjuntura, refletiu-se nas associações profissionais. A oposição, ao ganhar a direção do Colégio Médico, passou a apoiar as decisivas paralisações patronais da época, sabotando até mesmo as iniciativas do governo para enfrentar a explosão da demanda (somente em Santiago as consultas aumentaram 53% em 1971-72) com os mesmos recursos de que dispunha, e aos problemas de dupla administração provocados pela introdução do regime de livre escolha e co-pagamento. Como aponta Requena (1972), muitos médicos atuavam no mesmo lugar e utilizavam os mesmos equipamentos, instrumentos e insumos mas obedeciam a duas linhas de autoridade derivadas de duas fontes e sistemas de pagamento e tinham dois níveis de remuneração distintos.

O trágico desenlace do governo do Presidente Allende provocado pelo golpe militar de 11 de setembro de 1973 enterrou os sonhos das forças progressistas quanto à construção de uma sociedade mais justa, aí incluído o Sistema Único de Saúde. Todavia, o SNS tinha contribuído significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde por meio de seus programas de prevenção e de atenção ao grupo materno-infantil. O mais sensível deles, a mortalidade infantil em menores de um ano, que era de 99,5 por mil nascidos vivos em 1953, tinha diminuído para 78,7 em 1969 (Valdivieso & Juricic, 1970) e para 65,8 em 1973 (Délano & Traslaviña, 1989). Há de se notar que na breve gestão da Unidade Popular a mortalidade infantil teve redução de 16,4%, ao passo que nos dezesseis anos anteriores foi de 21%. No mesmo período de vinte anos a população passou de seis para dez milhões de habitantes (80% urbana),

com apenas 10% de analfabetos entre os maiores de quinze anos em 1973, a taxa mais baixa da América Latina (Medina, 1990).

B) Neoliberalismo autoritário e políticas de saúde

1. As fases do regime autoritário

Na vigência da ditadura militar podemos distinguir grosso modo três etapas. A primeira, abrangendo desde fins de 1973 até as vésperas da promulgação da Constituição de 1980, seria a de *normalização* da vida nacional mediante a repressão generalizada e a definição de um novo projeto histórico para a nação. A segunda, que se estende de 1980 até o plebiscito de outubro de 1988, corresponderia à fase de *institucionalização* de uma ordem política autoritária centrada na repressão seletiva e na implantação das novas regras de relacionamento entre o Estado e a sociedade. Já a terceira, que transcorre no ano de 1989, é a da *liberalização* do regime e o começo da *transição à democracia* com as eleições presidenciais e parlamentares de dezembro desse ano.

Sintetizaremos a seguir essas etapas na caracterização do contexto político, econômico e social que serviu de cenário às transformações no setor saúde.

a) Os anos da "normalização" (1973/1974-1979)

Este período foi o de *refundação* da nação. Puramente reativa à situação de conflito imperante, a Junta Militar toma o poder sem um *projeto histórico de mudança global da sociedade* (Garretón, 1988a). No plano político visava apenas concentrar no Exército um poder hierárquico personalizado em Pinochet. A repressão pretendia, antes de tudo, desarticular os históricos nexos entre as esferas do político e do social. Para tanto baniu de imediato os partidos de esquerda, logo proibiu as organizações partidárias em geral e, finalmente, desmantelou todas as associações da sociedade civil.

No plano estrutural, o regime militar movimentou-se em direção à reinserção da economia no sistema capitalista mundial. O momento propício apresentou-se com a crise econômica dos anos 1974-75, quando são chamados os economistas da corrente neoliberal para colaborarem no plano de estabilização[9]. O importante desse evento é que somente então surge um *núcleo hegemônico* formado pelos militares no poder e os neoliberais, cuja convergência de interesses deu-se pela possibilidade de o regime contar com um projeto histórico de aparente universalidade, que vinha ao encontro de sua intenção de refundar a sociedade e incrementava seu poder discricionário (Garretón, 1988a). E foi essa conjugação entre

dominação militar e tecnocracia civil que permitiu converter o país em laboratório experimental do liberalismo puro: *livre mercado sem liberdades políticas*.

Para operacionalizar o novo modelo de *economia social de mercado* foram propostas *sete modernizações* abrangendo as seguintes áreas: regionalização, descentralização e municipalização; política trabalhista e sindical; seguridade social; saúde; educação; justiça; e agricultura. Tais iniciativas, além de visarem objetivos geopolíticos de dominação e controle social, de liberação da força de trabalho para as condições de exploração exigidas pelo novo modelo de acumulação e de dinamização das vantagens comparativas associadas à produção agroexportadora, tinham como alvo central desvencilhar o Estado de seus históricos encargos com o desenvolvimento econômico e social chileno. Não é demais frisar, o ousado empreendimento contou com o entusiástico apoio do FMI, Banco Mundial e outras instituições do gênero.

Gozando da confiança de Pinochet, a equipe econômica conseguiu implementar a regionalização do país e promulgar um *Plan Laboral* que mudou radicalmente as relações capital/trabalho. Na virada da década foram implementadas numerosas políticas de ordem econômica e administrativa. Porém, pela sua atabalhoada aplicação, guardaram múltiplas incoerências que apareceram na profunda crise econômica em que o país mergulhou nos anos 1982-1984.

b) A institucionalização do autoritarismo (1980-1988)

A institucionalidade do novo modelo de sociedade foi plasmada na Constituição de 1980, que consolidou a liderança de Pinochet e estabeleceu o itinerário do trânsito para um regime autoritário presidencialista, de representação restrita e tutelado pelas Forças Armadas. Tal passagem devia ocorrer em outubro de 1988, quando se submeteria ao veredito popular a continuidade ou não do regime. A resposta afirmativa significaria a permanência de Pinochet na presidência pelo período 1989-1997.

O colapso do modelo econômico no início dos anos 80 resultou na decomposição do núcleo hegemônico, na perda de poder do grupo tecnocrático neoliberal e na fragmentação do bloco civil de apoio à ditadura, tropeços esses que terminaram por emperrar o radical projeto de transformação global. De fato, as conjunturas de 1975 e de 1982 foram as piores da história moderna do país. Em 1975 o PIB diminuiu 13%, a inflação alcançou 341% e a taxa de desemprego subiu a 16,4%. O plano de ajuste produziu um breve milagre que fez água com a crise internacional: em 1982 o PIB caiu 14%, no ano seguinte o desemprego aumentava para cerca de 35% e a inflação anual chegava a 23%. Por sua vez, a dívida externa crescia aceleradamente: de pouco mais de nove bilhões de dólares herdados do governo Allende, tinha duplicado em 1983[10].

A dramática situação sócio-econômica levou em 1983 a um movimento nacional de protestos. Pinochet iniciou uma *abertura* errática na tentativa de recuperar o apoio civil e acorrentar a oposição à nova institucionalidade, sem contudo instituir uma arena formal de negociações nem abrir mão da repressão. Resolvidos parcialmente os problemas econômicos a partir de 1985, no plano político Pinochet empenhou-se na implantação das instituições previstas na Constituição e em assegurar condições para que o Plebiscito lhe fosse favorável.

Quanto à oposição, a Igreja foi o principal ator e espaço político de expressão. Mas também surgiram organizações sociais e culturais independentes e mobilizações populares que alcançaram caráter nacional em 1983 e 1987, num ambiente de sistemática violação dos direitos humanos. A oposição encontrou grandes dificuldades para configurar uma frente comum e elaborar uma fórmula política concreta de transição por causa de fatores como a atomização das forças socialistas e a linha de insurreição armada adotada pelo Partido Comunista. Ademais, as mobilizações privilegiavam agitações de conteúdo simbólico, projetando uma imagem de caos e anarquia que terminou por ajudar o governo a recuperar-se da crise econômica.

Mas tais obstáculos não impediram a renovação das lideranças da democracia-cristã, a ressurreição da sociedade civil e a presença de líderes oposicionistas no espaço público. Exemplo derradeiro do ressurgimento da ação coletiva foi a convocação feita em março de 1986 pela Federação de Colégios Profissionais do Chile, liderada pelo Colégio Médico agora sob controle da oposição, para constituir a Assembléia da Civilidade que apresentou a Pinochet a *Demanda do Chile*. Ainda que como resposta tenha sido decretada a prisão dos dirigentes, essa frente foi crucial para a transição à democracia porque permitiu a reconstrução dos nexos entre o plano social e político e o entendimento suprapartidário para enfrentar a ditadura no Plebiscito.

Em 1987 foram promulgadas as chamadas *leis políticas* (registros eleitorais, eleições, partidos políticos etc.) favoráveis à situação mas que pela primeira vez colocaram para a oposição a alternativa de derrotar Pinochet dentro de seu próprio campo.

c) Liberalização política e transição à democracia (1989)

O pacto político, construído em torno do eixo formado pelos partidos de centro liderados pela Democracia Cristã e os da esquerda socialista, teve sua primeira tradução na *Concertación por el No*, que saiu vitoriosa no Plebiscito de 1988. Avocou-se em seguida a negociar as reformas constitucionais necessárias à realização de eleições livres na data prevista, dezembro de 1989. A coalizão, transformada na *Concertación de Partidos por la Democracia*, triunfou novamente, assumindo a presidência da

República Patricio Aylwin (PDC) para o período 1990-1993, ancorado em um programa de governo de forte conteúdo social.

Fato político inédito no país (e nas recentes transições à democracia), as forças oposicionistas, por meio de um sofrido processo de aprendizagem, tinham conseguido transformar a *maioria social* dos protestos em *maioria política* ao triunfar o *Não*, e em *maioria eleitoral* ao conquistarem nas urnas a Primeira Magistratura e a maioria na Câmara dos Deputados (Garretón, 1991). A vitória não foi alcançada no Senado por causa dos nove parlamentares "designados" impostos pelas regras do jogo em vigor[11].

À luz dessas considerações gerais examinaremos a seguir as reestruturações empreendidas nos serviços de saúde, ininteligíveis sem esse pano de fundo.

2. *As reformas do sistema de saúde*

Na análise das políticas para o setor saúde é igualmente possível distinguir os períodos pré e pós-Constituição de 1980. No primeiro, tem lugar o amadurecimento do redesenho organizacional e financeiro da nova estrutura. Já no segundo, são implementadas de fato e de direito as mudanças na institucionalidade sanitária.

Dividiremos a exposição em cinco tópicos: o primeiro acompanha a fase pré-constitucional, ou antecedentes das reformas, que culmina com a legislação de 1979 e a promulgação da Carta de 1980; o segundo examina a reorganização dos serviços públicos de 1980/81 em diante; o terceiro analisa a privatização da oferta de assistência médica; o quarto aborda a municipalização da atenção primária; e o quinto mostra a reordenação estratificante do acesso ao sistema segundo a capacidade econômica dos cidadãos. Os aspectos financeiros dessas transformações serão abordados na Seção 3 deste capítulo.

a) O que fazer

O preceito da Constituição de 1925 que estipulava ser *dever do Estado* a assistência à saúde levou, como vimos, à criação em 1952 do SNS, que conquistou ampla legitimação social. A população, por sua vez, internalizou a atenção à saúde como direito básico da cidadania. As idéias-força dos neoliberais quanto ao Estado subsidiário e à liberdade de escolha dos indivíduos tropeçaram com esses empecilhos para operacionalizar a inserção do setor saúde na economia de mercado. Por isso, o desmantelamento do SNS dar-se-á paulatina e paralelamente à maturação do novo formato que se quer criar.

Entre as medidas iniciais adotadas destacam-se: a substituição dos ministros médicos por militares (entre 1973 e 1979 cinco generais ocu-

param a pasta da saúde); a troca da alta direção do SNS por uma administração delegada; a criação de Secretarias Regionais Ministeriais no bojo da nova ordenação geopolítica e administrativa dada ao país; a redefinição das funções do Ministério da Saúde, de forma a desconcentrar o poder que acumulava. Todavia, essas medidas não afetaram a configuração do SNS.

Em sintonia com o espírito da época, o ministro da saúde anuncia: *1975 é ano de transição para a incorporação da saúde à política econômica de livre mercado do Governo. O pagamento da atenção à saúde deverá ser de acordo com a capacidade dos cidadãos para custeá-la e ser proporcional à renda do grupo familiar [...] desaparecerá a gratuidade dos serviços [...] o conceito estatista socializante imperante até agora, somente ficará como obrigação em casos de extrema indigência* (citado em Raczynski, 1983).

Uma pesquisa de opinião de 1976 revelou que 75% dos chilenos concordavam com o sistema de saúde existente (Morales, 1981). Não obstante, e seguindo os lineamentos esboçados pelo ministro, são formuladas orientações de caráter *reservado* para reorganizá-lo, como por exemplo: mantém-se a responsabilidade do Estado nas ações de prevenção e controle epidemiológico mas, em matéria de medicina curativa, seu papel será limitado à garantia da livre escolha de serviços públicos ou privados; o sistema será regionalizado e municipalizado; o financiamento dos serviços será custeado pelos usuários proporcionalmente à renda, limitando-se a gratuidade aos mais pobres; os hospitais serão convertidos em *empresas autônomas*. Foram também definidos parâmetros visando tornar mais ágil a cobertura primária, frear o avanço da medicina de maior complexidade, atenuar a pressão sobre os hospitais e encurtar a carreira de medicina (Giaconi, 1991).

Conforme o espírito economicista que alentava as reformas, foi atribuído um papel central à administração financeira do sistema, ao controle de custos e ao aumento da produtividade. Contudo, não foram antecipadas fórmulas claras quanto à privatização de serviços públicos de saúde.

Em resumo, até 1979 não foi implementada nenhuma nova política de impacto na saúde. Em compensação, adotaram-se medidas que atingiram os fundamentos do SNS, como: o desmonte da estrutura de poder consolidada ao longo dos anos; a depredação da infra-estrutura hospitalar estatal; a redução do quadro de pessoal; e o achatamento dos salários.

b) A reestruturação dos serviços públicos de saúde

As mudanças começam a concretizar-se com a criação, em 1979, do *Sistema Nacional de Serviços de Saúde — SNSS*[12]. Pelo mesmo ato legal as atribuições do ministro da saúde ficaram restringidas ao âmbito nor-

mativo e gerencial. O SNSS foi dividido em 26 Serviços Regionais de Saúde e mais um Serviço destinado à Saúde Ambiental, autônomos, com pessoal, recursos e patrimônio próprios. Cada diretor passou a deter as funções antes concentradas na direção única do ex-SNS. Foi também determinada a livre iniciativa de pessoas físicas ou jurídicas para prestarem assistência médica, ficando cada Serviço Regional facultado para comprar ou vender prestações de saúde mediante convênios com instituições públicas ou privadas, associações patronais, de trabalhadores e outras.

O eixo da nova estrutura passou a ser o *Fundo Nacional de Saúde — FONASA*. Esta superautarquia passou a cumprir funções tais como: arrecadar, administrar e distribuir os recursos financeiros; financiar as ações de saúde, os equipamentos e a infra-estrutura; financiar total ou parcialmente o sistema de livre escolha; outorgar credenciais de saúde.

Além de tudo isso, o FONASA assumiu o encargo de credenciar os profissionais de saúde, fixar tabelas de honorários (junto com as autoridades econômicas) e controlar o exercício profissional, em lugar dos Colégios Profissionais, os quais detinham até então essas prerrogativas. Salienta-se que essa desapropriação de direitos foi possibilitada por vários decretos que extinguiram os poderes e atribuições dos Colégios Profissionais e os transformaram em meros grêmios de filiação voluntária. O intuito de tais medidas foi atomizar o histórico poder de pressão e de interferência que tinham as associações profissionais nas políticas públicas, sobretudo na saúde e na educação[13].

Cabe por último mencionar que, sob a retórica da eqüidade e universalidade na assistência à saúde, a partir de meados de 1979 foi facultado aos beneficiários legais do SNS (segurados com direito legal à atenção integral gratuita) acesso ao sistema de livre escolha e co-pagamento previsto pela lei de Medicina Curativa de 1968 para os empregados[14]. Com esse importante passo dava-se um impulso inicial à política de repasse dos custos ao usuário *pari passu* a injeção de recursos para impulsionar a medicina privada, até então apenas residual no país.

A partir de 1980-1981 começam as transformações mais profundas do setor por causa de eventos tais como: a extinção do sistema previdenciário; a entrada em vigor da nova estrutura do SNSS e do FONASA; a autorização para intermediadoras financeiras operarem no mercado de saúde; a municipalização da atenção primária; e a estratificação do acesso às prestações de saúde segundo a renda das pessoas. No que resta desta seção nos ocuparemos desses pontos.

c) A privatização da oferta de assistência médica

Em relação à Carta de 1925, com a Constituição de 1980 operou-se uma reversão no papel histórico do Estado protetor e executor dos direitos

sociais dos cidadãos. No que tange à saúde a radical mudança ficou plasmada no seguinte preceito: *El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado* (Constitución Política de la República de Chile, 1980. Cap. III, Art. 19, Inc. 9.°).

Quanto ao direito constitucional à previdência social o Estado assumiu compromissos mais restritos ainda, ao determinar que sua ação se dirigisse apenas para garantir o acesso dos habitantes ao usufruto de benefícios básicos uniformes, fossem concedidos por meio de instituições públicas ou privadas (Ibid., Inc. 18.°) A tradução prática desse preceito foi a privatização da previdência social com a extinção das caixas existentes (exceto as da Defesa Nacional e da Polícia) e a transferência dos recursos e vínculos de cada segurado a Administradoras de Fundos de Pensões — AFP, de caráter privado e lucrativo, que ficaram encarregadas da gestão financeira do regime de capitalização individual instituído em substituição ao de repartição vigente até então[15]. O novo sistema de pensões passou a ser financiado exclusivamente com a contribuição de 10% do afiliado. As contribuições do Estado e do empregador foram extintas.

Assim chegava ao fim a relação jurídica que através do conceito de seguridade social tinha sido estabelecida em 1925 entre o seguro, a moradia, a saúde e a assistência. Abria-se também com isso o caminho para empreender a privatização da atenção à saúde. Cabe ressaltar que não somente os predicados friedmanianos iluminaram os neoliberais chilenos. Estes também seguiram à risca as recomendações do Banco Mundial[16].

Não obstante, as estratégias de mercantilização da saúde tropeçavam com a barreira do monopólio estatal na produção de serviços curativos: em 1980 o setor público como um todo ainda detinha 90% dos leitos disponíveis no país; era responsável por 90% das altas hospitalares e por mais de 75% da atenção ambulatorial. O reduzido setor privado prestava assistência médica diretamente às pessoas de alta renda ou por meio dos convênios do sistema de livre escolha com o SERMENA.

Por esse motivo, a configuração de um empresariado médico privado e sua inserção no sistema de saúde foi um processo gradual. O primeiro e mais importante passo foi a criação das *Instituições de Saúde Previdenciária — ISAPRE,* de natureza privada e fins lucrativos, destinadas a *substituir (sic)* o SNSS e o FONASA na prestação de serviços médicos

mediante venda de planos de saúde em mercado aberto[17]. Para os assalariados contribuintes dos fundos de pensão, foi fixada contribuição obrigatória de 2% da renda tributável do chefe de família para a saúde. Esses recursos e mais somas voluntárias adicionais permitiriam às pessoas comprar planos em uma ISAPRE para ter acesso à assistência médica privada (ver Gráfico 2 na Seção 3).

Em seguida, foram tomadas medidas para impulsar o desenvolvimento das ISAPRE. Elas funcionaram basicamente como financiadoras de planos de saúde, organizando sistemas de reembolso de gastos muito seletivos em termos econômicos e médicos. Não assumiram nenhuma das disposições legais sobre medicina preventiva (i.é, exame médico anual, controle de gestantes e crianças sadias, complementação alimentar) e outorgavam apenas auxílios pecuniários por doença comum e licença-maternidade. Também não incentivaram a construção de infra-estrutura assistencial relevante.

Em uma terceira fase, o governo adotou medidas transcendentais tais como o aumento da contribuição para a saúde: fixada em 2%, logo em 4% e depois em 6%, foi aumentada para 7% em 1986. Isso, e mais a devolução ao Ministério da Saúde da obrigatoriedade de pagar subsídio pré e pós-natal, possibilitou às ISAPRE alargar seu mercado (até meados dos 80 restrito a menos de duzentos mil contribuintes) porque foram eliminadas barreiras para o ingresso de mulheres em idade fértil e de novos grupos de trabalhadores, que aderiram ao novo regime por meio de contratos coletivos estratificados segundo a renda.

Ainda que essas instituições tivessem sido criadas para exploração econômica do mercado em saúde e, portanto, pudessem contratar planos com o público em geral (ISAPRE abertas), desde o início começaram a operar entidades de tipo fechado, sem fins lucrativos, destinadas a cobrir grupos específicos de trabalhadores (bancários, professores, eletricitários etc.) e administradas por cooperativas desses grupos ou pelas empresas empregadoras. Entre 1981 e 1990 as entidades abertas aumentaram de cinco para 21, ao passo que o número de fechadas passou de um para treze.

Em síntese, as ISAPRE começaram a expandir-se de forma importante a partir de 1986, o que lhes permitiu diminuir os custos administrativos, rebaixar o preço médio dos planos e melhorar a seletividade médica e econômica. A expansão desse mercado pressionou os prestadores privados diretos, que aumentaram a disponibilidade de leitos privados: o número, que era de 3.684 em 1974, aumentou para 10.119 em 1988, com incremento de quase 175% (*Hospisalud* 2(4), 1991). Hoje os leitos privados representam 23,7% do total nacional e pertencem em geral a estabelecimentos de pequeno porte, sendo que a relação leitos por mil habitantes é de 0,5 (Ministerio de Salud, 1992) (ver também Tabela 5).

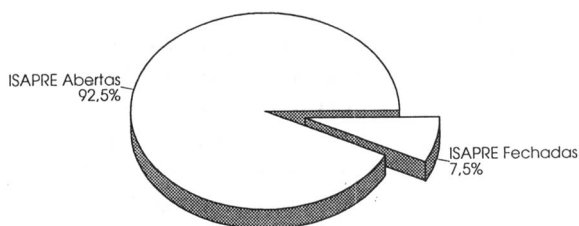
Os dados da Tabela 1 mostram a composição e cobertura dessas intermediadoras em 1990:

Tabela 1
ISAPRE abertas e fechadas, número de contribuintes e beneficiários, 1990

ISAPRE	Abertas	%	Fechadas	%	Total	%
Número	21	61,8	13	38,2	34	100,0
Contribuintes	798.687	92,5	64.575	7,5	863.262	100,0
Beneficiários	1.900.255	90,2	208.053	9,8	2.108.308	100,0

Fonte: Covarrubias, 1991.

A participação percentual das ISAPRE no mercado privado em saúde é ilustrada no seguinte gráfico:

Gráfico 1
Participação das ISAPRE abertas e fechadas no mercado de planos de saúde, 1990

Fonte: Superintendência de ISAPRE, 1991, cartilha n:° 2.

Como a população chilena estimada em 1990 era de 13,2 milhões, pode-se concluir que o sistema ISAPRE em beneficiários cobria nesse ano apenas 16% da população (ver também Tabela 5). Como veremos no item sobre financiamento, essa baixa cobertura do setor privado não guarda nenhuma proporção com os recursos que arrebanha.

O mercado das ISAPRE abertas é fortemente concentrado: das 21

entidades existentes, as cinco maiores (23%) respondem por quase 80% dos consumidores desse mercado, sendo que destas apenas três (14%) detêm cerca de 50% dos contribuintes[18]. Assim mesmo, os serviços hospitalares que oferecem apresentam considerável concentração geográfica: 61,5% dos leitos privados estão localizados nos bairros mais abastados da Região Metropolitana de Santiago, onde residem 33% da população nacional (*Hospisalud* 1(3):24, 1990).

As críticas às ISAPRE são inúmeras. Além do escasso investimento em infra-estrutura, o alvo das deficiências denunciadas são os contratos de saúde. De fato, estes apresentam os problemas de seletividade comuns a qualquer seguro comercial: os prazos de carência excluem as gestantes/parturientes; não aceitam doentes crônicos e terminais; discriminam os idosos; não oferecem atenção psiquiátrica nem odontológica; não prestam cuidados de medicina preventiva nem concedem os benefícios pecuniários legais como o de maternidade etc. Isso é muito importante porque, enquanto as ISAPRE drenam do setor público as contribuições dos estratos de maior renda, os serviços estatais devem atender os pacientes que as ISAPRE *devolvem* quando estes se tornam *não rentáveis*[19].

Tudo isso, junto com os subsídios públicos implícitos e mais os altos custos operacionais que apresentam as ISAPRE — acima de 20% segundo o balanço de 1991 da Associação de ISAPRE — são fatos que desmistificam a idéia das vantagens comparativas do setor privado em relação ao público em parâmetros tais como eficiência social, universalidade e eqüidade e mesmo custos, embora a qualidade da atenção seja reconhecidamente superior nos estabelecimentos privados, por causa fundamentalmente das delongas no acesso aos deteriorados serviços públicos. Além disso, de acordo com a legislação, as ISAPRE são livres para contratar com seus clientes as condições de atenção da medicina curativa, o que na prática significa que cada instituição oferece no mercado múltiplos produtos diferentes: de fato, no final dos anos 80 existiam mais de cinco mil planos de saúde no país (Sánchez, 1993). Tudo isso tem redundado numa enorme variedade de contratos muito complexos e de difícil compreensão, o que joga por terra a pretendida *soberania do consumidor* no momento de *escolher livremente* um plano de saúde.

O FONASA, atuando como juiz e parte em relação às ISAPRE, teve o encargo de efetuar a regulamentação, o registro e a fiscalização dessas instituições e, ao mesmo tempo, gerir a transferência das pessoas que optam por uma ISAPRE e os correspondentes recursos financeiros. Mas no início de 1990 a ditadura, num ato derradeiro às vésperas de o governo democrático assumir, criou a Superintendência de ISAPRE no âmbito do Ministério da Saúde. A partir de então essa nova instância passou a regular e disciplinar as ISAPRE, proteger os direitos dos usuários e

informar ao público sobre o funcionamento e produção do subsistema. Mas as dificuldades encontradas para controlar essas entidades e torná-las mais transparentes colocaram a necessidade de uma nova legislação, desafio que o governo democrático teve de enfrentar sem êxito.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde e em especial do Colégio Médico, além do ressentimento por terem sido alijados do processo de reformas do setor, a criação das ISAPRE despertou apreensão quanto às condições de trabalho, à superexploração de que poderiam ser objeto e à real ameaça de que o novo subsistema acabasse de vez com a medicina estatal. Os receios foram amenizados em parte com a adoção de tabelas de pagamento por ato de serviço fixadas pela área econômica e administradas pelo FONASA. Diga-se de passagem que os preços das tabelas tornaram-se motivo de permanente discórdia e o cerne das reivindicações meramente economicistas dos médicos, até hoje.

Todavia, os médicos, cujo número é de cerca de 13.500 no país, terminaram por aderir plenamente ao empresariamento da medicina. Ainda que possa haver exageros, o dirigente da Associação de ISAPRE apresenta as seguintes cifras: mais de 56% da renda dos médicos provém das ISAPRE; 13.000 médicos trabalham no setor privado intermediado ou administrado pelas ISAPRE; cerca de 5.000 são proprietários de ISAPRE; e 12.000 estariam filiados ao sistema como beneficiários (Merino, 1991).

d) A municipalização da atenção primária

Este processo faz parte, por um lado, das *sete modernizações* já mencionadas e, por outro, das políticas de combate à extrema pobreza e focalização do gasto social nos setores mais postergados. Nesta seção nos restringiremos a apontar as coordenadas gerais dos processos de regionalização e municipalização — que são diferentes — e os efeitos na área da saúde.

A regionalização do país atendeu mais à disposição geográfica das forças militares no território do que à complementação entre cidades e localidades rurais[20]. Claramente, um dos objetivos visados foi o de institucionalizar a separação entre o poder político e o poder social, com todas as suas implicações de geração da autoridade pública e participação dos cidadãos nas deliberações coletivas. Até o golpe militar, o poder local residia na câmara de vereadores, eleita por sufrágio universal, e no prefeito escolhido por esse corpo legislativo. A ditadura transferiu o poder político a delegados pessoais de Pinochet e confinou o poder social a colegiados *apolíticos* de composição estamental (Conselhos Regionais e Comunais de Desenvolvimento) que nunca chegaram a cumprir os objetivos oficiais de participação comunitária.

Por causa de numerosos obstáculos e resistências, a descentralização só foi oficialmente completada em 1987, guardando no entanto erros de concepção e implementação que afetaram o êxito esperado. Tal processo,

materializado nas já mencionadas Secretarias Regionais Ministeriais — SEREMI, contou com assistência técnica e financeira de organismos como o BID e o PNUD e foi sustentado com recursos dos Fundos de Desenvolvimento Regional e Municipal criados para esses propósitos.

Mas os objetivos da regionalização descentralizada não foram alcançados uma vez que os SEREMI não participavam do processo orçamentário, continuaram a depender do nível central quanto a investimentos, equipamentos, materiais e insumos e contavam com exígua dotação de pessoal (Oyarzo, 1991). Os mesmos problemas se apresentaram no setor saúde o qual, como referido, foi dividido em 27 Serviços de Saúde coordenados pelo SNSS mas totalmente dependentes deste (e da área financeira do Executivo) quanto aos repasses de recursos e contratação de pessoal.

Quanto à municipalização, não somente seguiu o compasso das receitas descentralizantes da administração pública preconizadas para a América Latina nos anos 80; fez parte também dos propósitos da ortodoxia neoliberal de enxugar a máquina do Estado, o que foi executado mediante a demissão de quase 50% dos servidores públicos, a privatização de empresas estatais, a extinção de repartições e a supressão de funções históricas como as da seguridade social. Complementarmente, por meio de uma série de decretos promulgados de 1979 em diante, foi empreendida a transferência de serviços públicos para o âmbito comunal ao longo do país. As prefeituras ganharam autonomia administrativa e orçamentária e puderam terceirizar a gestão de seus serviços.

Em dois campos a municipalização de encargos do governo central foi radical: na educação e na saúde. Em base a subsídios fiscais, em meados de 1987 tinham sido transferidos ao nível local 99% dos estabelecimentos de ensino de primeiro e segundo grau (Pozo, 1988).

No âmbito da saúde, em 1988 deu-se por encerrado o processo de municipalização, com o seguinte resultado:

Tabela 2
Estabelecimentos de saúde transferidos às prefeituras, 1988

Estabelecimento	Total	Transferido	%
Consultórios gerais			
Urbanos	194	178	91,6
Rurais	117	117	100,0
Postos rurais	993	993	100,0
Estações médico-rurais	1.278	491	38,4
Clínicas odontol. escolar	74	74	100,0

Fonte: Jiménez & Gili, 1991.

Os estabelecimentos municipalizados ficaram subordinados administrativamente às autoridades de 241 das 335 prefeituras do país. Por causa das controvérsias que despertou o processo, à oposição do Colégio Médico e a razões técnicas, mantiveram-se nas dependências do SNSS os estabelecimentos de maior complexidade tais como hospitais e seus consultórios de especialidades anexos e serviços de urgência. A adscrição da população aos serviços por área de residência, válida para todos os níveis, com a municipalização ficou restrita à atenção primária.

A transferência desses serviços para os municípios compreendeu, entre outros itens: o patrimônio; o pessoal; todas as ações ambulatoriais, incluída suplementação alimentar, vacinações, visitas domiciliares e educação sanitária. Além disso, o município ficou facultado para contratar profissionais localmente a preços de mercado. Para o repasse dos recursos financeiros foi criado o sistema de Faturamento por Atenções Prestadas em Municipalidades — FAPEM segundo tabela de preços únicos para todo o país. Aliás, mecanismo similar (FAP) foi implantado para os hospitais públicos. Como fonte adicional de financiamento foi prevista a cobrança aos usuários (majoritariamente de baixa renda) pelo atendimento. Mas tal objetivo não se concretizou: segundo dados de 1986 apenas 4% dos recursos provinham da venda de serviços ao passo que o FAPEM respondia por quase 72% (Jiménez & Gili, 1991. Com base nesse dado, em 1990 foi revogada tal cobrança.

Entre as numerosas críticas feitas à municipalização, podem ser apontadas: a fragmentação e atomização do sistema público e seqüelas tais como descoordenação entre níveis, impossibilidade de planejamento, direção e supervisão; graves prejuízos para os trabalhadores municipalizados, que perderam todas as garantias de funcionários públicos (carreira, concursos, estabilidade, reajustes salariais, capacitação etc.); a regressividade na alocação dos recursos financeiros, que alargou a distância entre municípios pobres e ricos; a rígida lógica do sistema de repasse FAPEM, que induziu ao aumento quantitativo dos cuidados curativos de alto custo em detrimento das ações preventivas e educativas; a fixação arbitrária e baixa do *teto* FAPEM, num contexto de redução dos gastos fiscais, provocando déficits de até 40% nas finanças municipais, sobretudo nas áreas rurais.

O primado do critério econômico sobre o interesse social no desenho da municipalização trouxe, enfim, graves conseqüências negativas para a qualidade e a quantidade da atenção prestada à população, além do desestímulo aos profissionais de saúde.

Como balanço positivo deve ser apontada a expansão da rede física da atenção primária no período 1974-1988: o número de consultórios rurais e urbanos aumentou 160% ao passo que os postos cresceram 44% (Miranda, 1990). Por outro lado, avaliações de 1985 mostravam discreto aumento

de 12% na cobertura das ações de saúde, porém uma queda significativa na produtividade dos funcionários. Segundo Jiménez & Gili (1991), no caso dos médicos, por exemplo, o índice caiu de 5,0 para 3,8[21].

Finalmente, há de ser salientado que se a política de municipalização pretendia *desospitalizar* o sistema, enfatizar tecnologias de baixo custo e descentralizar as portas de entrada aos níveis de maior complexidade, os resultados em contingente e composição de recursos humanos da atenção primária não confirmariam tais propósitos. Como veremos no último capítulo (Tabela 10), apenas 18,5% de todos os trabalhadores da saúde pertencem aos serviços municipalizados.

e) A estratificação sócio-econômica do acesso

A última medida de impacto adotada pelos economistas do regime autoritário na área da saúde foi colocar em funcionamento a partir de janeiro de 1986 um novo *Regime de Prestações de Saúde* que, no fundamental, teve como objetivo racionalizar a participação dos usuários no custeio do sistema público[22]. Para tanto, foi estabelecida a distinção entre três modalidades de atendimento pelas quais a pessoa poderia *optar* (ver também Gráfico 2 na Seção 3 e Anexo 1).

1) *Modalidade Institucional.* Equivale à atenção médica preventiva, curativa ou hospitalar prestada nos estabelecimentos do SNSS ou em outras entidades públicas ou privadas conveniadas com o Ministério da Saúde. Quem escolhe essa alternativa tem atenção gratuita ou não, segundo pertença a um dos quatro grupos de renda em que foi dividida a população; ou, inversamente, os usuários têm direito à assistência bonificada pelo Estado desde 100% até um mínimo de 50%, como mostra a Tabela 3.

De acordo com Délano & Traslaviña (1989), as estatísticas oficiais de 1988 estimavam que 70% da população do país não estava em condições

Tabela 3
Classificação legal dos usuários segundo nível de renda, 1986

Grupo	Nível de renda (US$)[a]	% A pagar[b]
A	Indigentes e Carentes	0
B	Até aprox. US$67	0
C	De US$67 até US$107	25
D	Mais de US$ 107	50[c]

[a] US$67 = aproximadamente um salário mínimo ou $16.288 em 1986.
[b] São gratuitos os controles da gravidez e até seis meses após o parto para a mãe e os controles de saúde, nutricional e vacinação para a criança desde o nascimento e até os seis anos de idade.
[c] Exceto o parto, que é bonificado em 75%.
Fontes: Lei 18.469/85; Labra, 1988.

de satisfazer seus custos mínimos de subsistência. Portanto, pode-se deduzir que o número de cidadãos com capacidade econômica para pagar pelos serviços públicos de saúde era exíguo. Com efeito, como veremos na seção seguinte (Gráfico 3), com a maior arrecadação derivada do pagamento direto, o SNSS tinha aumentado em apenas 5% suas receitas em 1989 em relação ao ano de 1974.

2) *Modalidade de livre escolha.* Como já foi assinalado, este regime corresponde à Medicina Curativa (ex-SERMENA) e consiste em que mediante a aquisição de um *bônus* ou ordem de atendimento o usuário pode escolher livremente o médico, a clínica ou o hospital (desde que inscrito no FONASA) que lhe outorgará a prestação. Nesse sistema o Estado bonifica as prestações até um máximo de 50% do valor das atenções médicas (exceto o parto, que é de 75%). A Tabela 4 mostra os percentuais de bonificação e de co-pagamento segundo nível de atenção médica e a proporção de médicos em cada nível.

Chamamos a atenção para o fato de que 73% dos médicos concentram-se no Nível 3. Se por um lado isso compele o paciente a optar por um atendimento mais caro, ainda que com maiores opções, por outro evidencia inadequações no pagamento dos honorários médicos, reajustados muito abaixo da inflação a partir de 1983 (Oliveros, 1991).

Com objetivo de facilitar o acesso econômico aos novos esquemas, foi estabelecido um sistema de préstimos para o filiado ou dependentes poderem cobrir parcial ou totalmente a parte não bonificada das atenções à saúde. Como mecanismo de controle, a partir de 1987 foi instaurada uma *Credencial de Saúde* obrigatória fornecida pelo FONASA aos trabalhadores ativos e passivos e um *Atestado* fornecido pela Ação Social municipal aos indigentes e carentes de recursos.

3) *Instituições de Saúde Previdenciária — ISAPRE.* Tal como explicitado no item anterior, aqui o filiado decide que sua contribuição para a

Tabela 4
Bonificação e pagamento segundo nível de atenção médica e médicos por nível (%), 1990

Nível	% bonificação	% pagamento usuário	% médicos
1	50	50	5
2	33	66	12
3	25	75	73

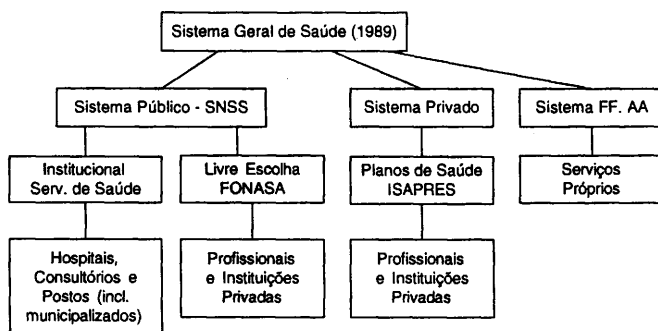
Fonte: Oliveros, 1991.

saúde (e mais se desejar) seja administrada por uma ISAPRE aberta ou fechada, mediante contrato estabelecendo benefícios e obrigações de ambas as partes.

Também reiterando, o eixo de todo o sistema passou a ser o FONASA, que administra a *Tabela de Honorários do Sistema de Livre Escolha*. Este instrumento é central porque normatiza os valores das prestações outorgadas pelos profissionais e instituições, rege as cobranças efetuadas na modalidade institucional aos usuários dos grupos C e D e é utilizado para a alocação de recursos aos Serviços de Saúde. Além disso, tem sido adotado pelas ISAPRE como referência para remunerar seus provedores. Tudo isso, aliás, responde a determinações do Ministério da Fazenda, que também fixa através da Lei Orçamentária anual a participação do fisco e do usuário no financiamento do sistema de saúde. Portanto, os valores e aplicação dessa Tabela têm repercussões sociais, econômicas e políticas em todo o setor saúde, afetando também o funcionamento do sistema uma vez que os envolvidos não vêem satisfeitas suas expectativas (Oliveros, 1991).

O Quadro 2 mostra muito simplificadamente os componentes da nova configuração do *mix* público/privado chileno (ver também Anexo 1).

Pode observar-se que em relação ao antigo SNS (ver Quadro 1) o sistema tornou-se mais complexo e também mais difícil de administrar por causa das múltiplas dualidades e competências agora existentes, aumentadas pela ingerência direta dos ministérios econômicos nas políticas do setor e pelas decisões autônomas das prefeituras. O novo Regime de Prestações de Saúde tentou definir as condições sócio-econômicas de acesso ao sistema e introduziu vários mecanismos de controle gerencial, todos a cargo do FONASA. No entanto, as críticas a essa autarquia têm sido

Quadro 2

sido abundantes e contundentes, especialmente no que tange à falta de transparência, à precária fiscalização que exerce sobre o sistema e à impossibilidade de resolver o desfinanciamento crônico do regime de livre escolha, agravado pela carência de cadastros confiáveis de contribuintes.

Quanto à produção de serviços e cobertura, reunimos na Tabela 5 algumas informações que podem ilustrar o desempenho de cada subsetor em 1989.

Com relação a esses dados note-se que do total de 36.899 leitos, o SNSS é proprietário de 32.818 leitos, ou seja, detém 89% desse recurso ao passo que os restantes pertencem a outras instituições estatais, sendo desprezível o número de leitos conveniados com o próprio setor público. Ademais, os hospitais do SNSS são de grande porte e têm boa distribuição geográfica no país. Em comparação, os hospitais privados são de pequeno porte, detêm menos de um terço dos leitos do país, dos quais 90% concentrados

Tabela 5
Capacidade hospitalar, atividades de saúde e cobertura populacional. Setores público e privado, 1989[a]

Categorias	Setor público		Setor privado	Total
	SNSS		ISAPRE	
	Instituciona	FONASA		
Hospitais	213	-	198	411
%	51,8	-	48,2	100,0
Leitos	36.899	-	10.366	47.265
%	76,0	-	24,00	100,0
Leitos por mil hab.	2,6[b]	-	0,6	3,2
Altas hospitalares	1.057.535	-	330.837	1.388.372
%	76,2	-	23,8	100,0
Consultas médicas	20.470.869[c]	5.024.658	6.261.542	31.757.169
%	64,5	15,8	19,7	100,0
Cobertura aproximada				
Med. prev. e imunizações %	100,0	-	-	100,0
Med. curativa %	69,0[d]	15,0	16,0	100,0

[a] População estimada em 1989: 12,9 milhões de habitantes.
[b] Compreende: 2,3 leitos da administração direta, 0,1 em convênio e 0,2 do setor militar e universidade estatal.
[c] Adicionalmente, os Serviços de Saúde-modalidade institucional realizaram nesse ano 13,2 milhões de consultas de *matronas*, enfermeiras, auxiliares e nutricionistas.
[d] Inclui o contingente das Forças Armadas e Polícias, estimado em 4%.
Fontes: GICAMS et al., 1991, Tabela 1; Ministerio de Salud (1991 e 1992b).

no segmento lucrativo, ao passo que 61% se localizam nas zonas abastadas de Santiago.

As informações acima são surpreendentes porque mostram que após a demorada e trabalhosa reforma do sistema de saúde, o SNSS continua responsável por 76% da infra-estrutura de maior complexidade e das hospitalizações e pela totalidade das ações preventivas, todas de cobertura nacional (controle de gestantes, crianças sadias, vigilância epidemiológica e sanitária, controle ambiental etc.). Por exemplo, em 1990 o SNSS controlou 72,5% dos menores de um ano do país e a cobertura do programa de imunizações chegou a 100% (Ministerio de Salud, 1992a).

Por conseguinte, pode-se afirmar que se a intenção dos reformadores era aliviar o Estado de seus encargos operacionais com a saúde, certamente foi malograda tanto quantitativa como qualitativamente. Bem ao contrário, a situação piorou muito porque no final dos anos 80 os serviços públicos encontravam-se em condições de notável carência em relação ao começo da década de 70. Além disso, a administração da modalidade de livre escolha e co-pagamentos redundou em ônus maior que os benefícios esperados.

Por último, a baixa cobertura do sistema privado intermediado pelas ISAPRE, após dez anos de funcionamento, também não pode ser considerada como resultado espetacular da introdução das regras de mercado na saúde. E mais. As perspectivas de alargamento desse mercado não são promissoras posto que dependem diretamente da elevação dos níveis de renda dos chilenos, o que somente poderá acontecer a longo prazo e caso se mantenham as atuais condições favoráveis à expansão da vulnerável economia nacional.

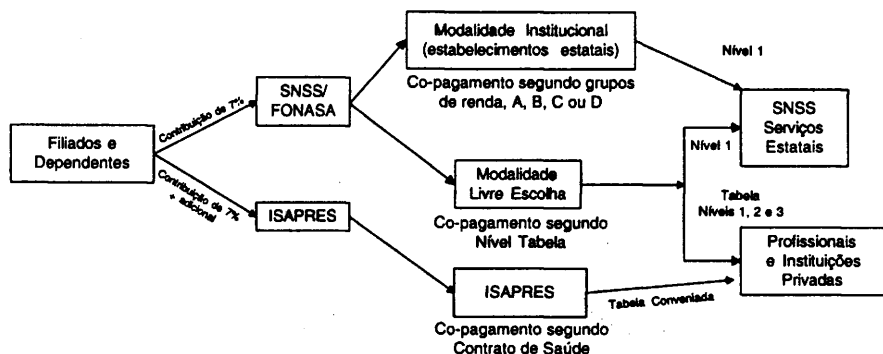
Pode-se concluir, portanto, que a questão de fundo da reforma foi a de abrir o mercado privado a qualquer custo mediante a transferência compulsória à população do ônus pelos cuidados com a saúde. Este é o ponto da seção seguinte.

3. *O financiamento das reformas*

Nesta parte examinaremos a questão do financiamento do setor saúde de três ângulos: *a)* o fluxo das contribuições e co-pagamentos dos usuários segundo modalidades de atenção; *b)* a recomposição das receitas orçamentárias; *c)* a evolução dos gastos em saúde.

a) Destino das contribuições segundo modalidade de atenção

Em teoria, de acordo com o princípio de livre escolha, cada trabalhador pode canalizar sua contribuição de 7% para qualquer uma das modalidades assistenciais ou dos segmentos do mercado, como mostra o seguinte gráfico:

Gráfico 2
Fluxo da contribuição e co-pagamento dos usuários segundo modalidade de atendimento à saúde

Fonte: Miranda, 1990.

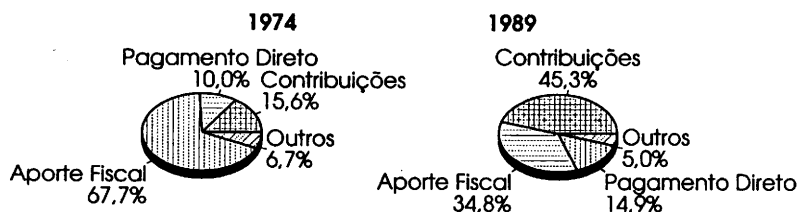
O fluxo dos destinos da contribuição e co-pagamentos das pessoas reitera a complexidade antes referida, que ademais apresenta dinâmica de difícil acompanhamento em virtude das transferências dos usuários de uma modalidade a outra, ou mesmo da superposição na utilização das três modalidades por um mesmo beneficiário. Tudo isso, aliado às deficiências dos sistemas de controle e informação, tornam ainda maior a dificuldade de apreender esses cruzamentos.

b) A recomposição das receitas

Até os anos 70 os serviços públicos de saúde se financiavam com recursos de três fontes principais: verbas fiscais; contribuições previdenciárias (dos filiados e das caixas) destinadas a prestações médicas e pecuniárias; e valores de pouca monta oriundos da venda de serviços a pessoas sem direito legal à atenção gratuita. Com a privatização da previdência social, a saúde passou a ser financiada com a contribuição específica de 7% (desde 1986), com recursos fiscais e com as rendas que adviriam da venda de serviços aos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (1992a), as receitas totais do setor público da saúde mantiveram-se relativamente estáveis nos últimos vinte anos, exceto nos períodos das grandes crises de 1975 e 1982. Mas,

como assinala a mesma fonte, tal equilíbrio foi possível graças a um aumento de cerca de 300% nas contribuições e de 250% nos pagamentos diretos dos usuários entre 1974 e 1989. O Gráfico 3 compara a composição percentual das receitas do setor saúde nesse mesmo período:

Gráfico 3
Estrutura de funcionamento do setor de saúde, 1974-1989

Fonte: Ministerio de Salud, 1993.

Desses dados se depreende que em 1989 a população, mediante contribuições e co-pagamentos, era diretamente responsável por 60% do financiamento do setor público da saúde contra apenas 25,5% em 1974. O progressivo desfinanciamento do sistema e a incapacidade de extrair mais recursos dos contribuintes levaram as autoridades a recorrer a créditos externos estimados em cerca de 450 milhões de dólares em 1990, para melhorar a capacidade gerencial e recuperar a infra-estrutura (Ministerio de Salud, 1991).

c) O gasto em saúde

A Tabela 6, que mostra a evolução do gasto social público por habitante no período 1970-1988, é elucidativa das políticas adotadas nas áreas sociais:

Tabela 6
Evolução do gasto social público *per capita*, 1970-1988
(Índice real: 1970 = 100)

Ano	Total*	Saúde	Educação
1970	100,0	100,0	100,0
1980	90,1	82,4	88,7
1981	99,8	74,8	97,0
1985	94,2	65,0	92,0
1987	88,3	63,2	79,9
1988	91,2	71,8	82,5

*Inclui saúde, educação, habitação e previdência.
Fonte: Ffrench-Davis, 1991.

A série assinala que o maior impacto dos cortes recaiu na saúde, cujos gastos em 1988 estavam 28 pontos percentuais abaixo do patamar de 1970. Contudo, 1987 foi o pior ano pois a diferença com respeito ao ano base foi de 36,8%.

Esse menor gasto se refletiu também na participação da saúde no PIB: enquanto em 1974 se destinava 1,56% do PIB à saúde, em 1988 esse percentual chegava a apenas 0,86% (Sánchez Vega, 1991). Por outra parte, mesmo quando o PIB cresceu, a participação da saúde não aumentou concomitantemente: em 1989 o PIB era 30% superior ao de 1982 mas o gasto público em saúde ainda era 20% inferior (Oyarzo, 1991). Esse fato assinala o tratamento assimétrico dado ao setor, posto que as reduções efetuadas nos momentos de crise, à diferença de outras áreas, não foram compensadas nos anos de bonança.

Cabe acrescentar que os recursos tributários arrecadados pelo Tesouro sofreram grande redução por causa da reforma de 1984 que eliminou ou reduziu vários impostos e ampliou as isenções. Isso afetou o montante de recursos fiscais destinado à saúde, como acusam as cifras da Tabela 7

Tabela 7
evolução do gasto fiscal em saúde *per capita*, 1973-1988

Ano	US$ per capita
1973	28,8
1974	21,9
1975-87	14,3[a]
1988	10,9

[a] Média do período (cálculo nosso).
Fonte: Délano & Traslaviña, 1989.

relativas à evolução do gasto fiscal *per capita* em dólares para o período 1973-1988.

Esses dados mostram que em 1988 o gasto fiscal em saúde era 2,6 vezes menor que em 1973. Um dos efeitos do menor gasto foi a compressão da verba do Ministério da Saúde destinada a remunerações, que no período 1975-1989 sofreram redução de 10% (Raczynski, 1991), o que por sua vez significou a estagnação do quantitativo em pessoal e um forte arrocho salarial. A questão salarial foi, aliás, o problema mais grave herdado pelo governo democrático de gestão político-administrativa do setor.

Mas outro problema não menos grave foi a sistemática política de redução do investimento em infra-estrutura, que abalou os fundamentos do setor hospitalar. Por exemplo, o percentual destinado a investimento, que em 1974 era de 9,7% foi de somente 3,8% em média no período 1975-1988, alcançando seu nível mais baixo em 1983, quando foi de apenas 1,7% do gasto público em saúde (*Hospisalud* 2(4):26-30; Raczynski, 1991). Tal redução não somente se fez sentir no número menor de hospitais (232 em 1974 contra 202 em 1988) e no déficit de quase cinco mil leitos registrado em 1988 (Sánchez Vega, 1991). Também levou o sistema hospitalar ao total descalabro pela deterioração das instalações, as dívidas com fornecedores, carência de recursos técnicos e humanos, o colapso dos equipamentos e veículos por falta de manutenção etc. Os setores de urgência foram particularmente atingidos pois permaneciam sem mudanças por mais de trinta anos em matéria de funcionamento e recursos humanos. Obviamente, tudo isso piorou as condições de trabalho e a insatisfação de uma demanda que, ao contrário do esperado com a liberalização e desregulação dos mercados, aumentou a pressão por causa da dramática pauperização da população.

A respeito da participação do usuário no financiamento, como vimos, as três medidas mais importantes foram: o aumento progressivo da contribuição, que pulou em oito anos de 2% para 7%, a liberdade do filiado para destinar seus 7% à compra de planos privados de saúde e a estratificação dos beneficiários do SNSS segundo grupos de renda conjugada com percentuais de bonificações estatais de acordo com níveis de atenção médica. A Tabela 8, mostrando a evolução da participação do FONASA e do usuário no financiamento da modalidade de livre escolha, reitera a sistemática política de repassar ao beneficiário o custo de cuidar da sua saúde.

A série acima mostra que no período 1980-90 a participação dos usuários no financiamento da atenção médica curativa eletiva aumentou 51,3% ao passo que a parte bonificada diminuiu 41,3%. Tal como assinalado, o usuário que opta por essa modalidade contribui com seus 7% para saúde e adicionalmente tem de pagar pela atenção solicitada segundo as tarifas de preços.

Tabela 8
Participação proporcional do FONASA e do usuário[a] no financiamento do regime de livre escolha (%), 1980-1990

Ano	FONASA	Usuário	Total
1980	55,4	44,6	100,0
1981-89	42,7[b]	57,3[b]	100,0
1990	32,5	67,5	100,0

[a] Refere-se à contribuição de 7% mais co-pagamentos.
[b] Média do período (cálculo nosso).
Fonte: Oliveros, 1991.

As avaliações do sistema de livre escolha administrado pelo FONASA apontam para sérios problemas de desfinanciamento. Isso afeta tanto os usuários de rendas médias e baixas, que tiveram os benefícios restritos apenas às consultas médicas por causa do alto custo da hospitalização (com sobrecarga adicional para os serviços estatais), quanto os profissionais médicos, que tendem a rescindir seus contratos com o FONASA por causa dos magros honorários (Sánchez, 1993).

Cabe por último frisar que a maior arrecadação esperada com as reformas significou em verdade maciça transferência de recursos para o setor privado. Para ilustrar esse fato basta mencionar que enquanto o SNSS capta 47% do total dos recursos provenientes dos 7% de contribuição, as ISAPRE ficam com 53%, em circunstâncias em que estas cobrem apenas 18% da população. Corrobora essa disparidade a distribuição dos gastos globais com saúde: segundo estimativas de Covarrubias (1991), o gasto público em saúde no ano 1990 teria sido de 619 milhões de dólares ao passo que as ISAPRE gastaram 427 milhões de dólares. Somados esses valores, a participação dos setores público e privado teria sido de 59,2% e 40,8% respectivamente. Já *per capita*, Requena (1992) calcula que o gasto do SNSS seria de 51 dólares ao passo que subiria a 190 dólares ou mais no setor privado; entretanto, para Miranda (1990) o gasto *per capita* das ISAPRE seria 5,5 vezes maior que o do SNSS.

A respeito da reforma do setor saúde realizada no Chile, podemos afirmar que a fórmula encontrada para abrir e fazer funcionar o mercado dos planos de saúde com a intermediação das ISAPRE conta com a aceitação do público em geral em virtude sobretudo de boa campanha de *marketing* enfatizando os aspectos positivos do sistema, o que significa importante mudança cultural de difícil reversão.

Deve ser levado em conta, por último, que as transformações no sistema foram empreendidas com o reiterado propósito oficial, como enfa-

tizam Miranda (1990) e Médici, Oliveira e Beltrão (1992), de promover a igualdade ante os benefícios e a eqüidade na contribuição financeira, aumentar a eficiência estatal e a sensibilidade governamental ante as necessidades da população e, por último, aplicar o princípio do Estado subsidiário, para atuar apenas excepcionalmente na prestação direta de serviços de saúde, dando-se prioridade ao setor privado nessa atividade.

À luz dos processos e informações examinados precedentemente, fica claro que nenhum desses objetivos foi alcançado pelo liberalismo autoritário. Além de ter-se mais do que duplicado o número de chilenos em situação de pobreza extrema, que passaram de 20% para 44% da população entre 1970 e 1987 (CEPAL, 1991), também o funcionamento do setor saúde, contrariamente ao propalado, piorou ostensivamente assumindo, ademais, um óbvio perfil de classe e perdendo, portanto, todo vestígio da função redistributiva que cumprira no passado.

Entretanto, como mostramos ao longo desta exposição, os indicadores de saúde experimentaram inegável melhoria, colocando o país em posição próxima às nações desenvolvidas. Uma conclusão importante que se depreende da experiência chilena tem a ver não somente com o fato de que a solidez e a cultura institucional de compromisso público do ex-SNS conseguiram resistir à destruição deliberada de que este fora objeto. Devemos trazer à tona, também, os efeitos positivos que a longo prazo tiveram as políticas de educação, habitação, assistência social (em particular auxílios pecuniários e suplementação alimentar), medicina preventiva (notadamente a dirigida ao grupo materno-infantil), controle de doenças de massa e saneamento ambiental postas em prática por mais de quarenta anos pelos regimes democráticos e que não chegaram a ser eliminadas pela ditadura, apesar das estratégias de focalização que utilizou na implementação das políticas sociais.

C) O retorno à democracia: consenso nacional, dissenso na saúde

1. Uma democracia de acordos

A coalizão de centro-esquerda *Concertación de Partidos Por La Democracia* – CPPD tomou posse em março de 1990 para exercer o governo até dezembro de 1993, sob a presidência do democrata-cristão Patricio Aylwin. O Programa da CPPD afirma o compromisso prioritário com a redemocratização de todas as instâncias da sociedade, adota o *consenso* como instrumento de governabilidade e, para superar o populismo e o neoliberalismo, se compromete com o crescimento com eqüidade e o equilíbrio macroeconômico. Até o presente, o êxito dessas estratégias tem

dependido da *concertación* como compromisso explícito de classe viabilizado por um processo dinâmico e permanente de negociação e acordo entre os principais atores políticos e sociais com a mediação do Estado. E isso foi possível pela plena restauração tanto do sistema partidário e suas identidades históricas como do movimento operário, agora representado na Central Unitária de Trabalhadores — CUT.

Porém essa convergência de vontades coletivas não se tem refletido no âmbito da saúde, cuja constelação de organizações representativas dos interesses setoriais foi fragmentada em virtude tanto dos impactos da municipalização e da privatização como da desobrigação da filiação às associações profissionais e trabalhistas. Embora o Colégio Médico ainda seja a principal instância de representação e de liderança setorial, seus espaços de poder e graus de liberdade para agir encontram-se limitados pelas regras do jogo da *Concertación* e pela presença de atores novos e poderosos como a Associação de ISAPRE (criada em 1984) e de organizações profissionais paralelas inexistentes no passado.

Como hipótese, esse quadro de novas clivagens e de interesses divergentes, que se reflete em projetos opostos para arrancar o setor saúde da crise em que foi deixada pelo autoritarismo, será um dos principais empecilhos para alcançar os consensos necessários às inevitáveis reformas (Labra, 1993).

2. *As políticas de saúde da "Concertación por la Democracia"*

Ao tomar posse o governo democrático, as pesquisas de opinião sobre os problemas da população mostravam que o da atenção à saúde era o mais urgente: em abril de 1990 recebeu 57,1% das respostas, ao passo que os salários ocuparam distante segundo lugar com 16% e os direitos humanos o terceiro, com apenas 10,4% (Requena, 1991). Percebe-se, em conseqüência, que apesar de todos os desmandos praticados pela ditadura, haverá de ser a saúde questão prioritária para o novo governo, porém de difícil solução dada a magnitude dos problemas encontrados.

As políticas de saúde da *Concertación* foram resumidas no documento *Sistema de Saúde Chileno. Uma Agenda para a Mudança,* de 1991, do qual extraímos as seguintes propostas: 1) reafirmar o caráter *misto* do sistema de saúde; 2) fortalecer as funções políticas do Ministério da Saúde; 3) aprofundar a descentralização da gestão; 4) estender a cobertura da atenção primária, especializada e de urgência e dos programas de vigilância sanitária; 5) dar assistência gratuita ao parto e à atenção primária médica e odontológica; 6) desenvolver políticas específicas de recursos humanos e de investimentos para recuperar a rede hospitalar; 7) reestruturar a área financeira, aumentando e diversificando as fontes

nacionais e externas de recursos e mudando os mecanismos de repasse (FAPEM e FAP) por sistemas que incentivem a qualidade, a prevenção e o controle de riscos etc.; 8) modificar a lei das ISAPRE para aprimorar o controle público sobre elas e para que ofereçam produtos com cobertura integral e a preços acessíveis; 9) transformar os hospitais em *empresas autônomas* autofinanciadas.

Com objetivo de discutir as políticas de saúde, o Ministério da Saúde recriou o Conselho Consultivo Nacional e instalou o Conselho de Saúde Privada (ver Anexo 1), abrindo assim instâncias para participação dos interesses setoriais. Contudo, o papel desses colegiados, de representação muito heterogênea, tem-se restringido à assessoria técnica, quando se esperava que também fossem dotados de poder de decisão quanto à formulação e implementação de políticas.

Em termos gerais, as proposições oficiais têm sido criticadas por não compreenderem um plano global, realista e inovador para a saúde. Também, como é lógico, há desacordo em relação a muitos pontos da agenda porque afetam interesses consolidados. Por outro lado, as propostas dependem não só de considerável volume de recursos financeiros e de profundas mudanças técnico-gerenciais mas também de aprovação legislativa, esta talvez a mais difícil de conseguir por causa da composição adversa da representação senatorial imposta pela Constituição de 1980[23].

No plano social, o governo está determinado a reduzir as diferenças econômicas entre os grupos sociais, aumentar a igualdade de oportunidades e focalizar o gasto nos estratos mais pobres. Quer dizer, o conceito de *focalização*, utilizado amplamente pelo autoritarismo para concentrar as políticas sociais nos grupos de extrema pobreza, já ganhou aceitação, só que agora com um conteúdo explícito de eqüidade e solidariedade e não mais puramente assistencialista e substitutivo do gasto social redistributivo que antes tivera. Para tanto, os instrumentos existentes[24] estão sendo aperfeiçoados para outorgar subsídios, repassar recursos, corrigir distorções geográficas e avaliar a eficiência/eficácia dos programas. Adicionalmente foi criado o Fundo de Solidariedade e Investimento Social — FOSIS destinado a financiar projetos desenhados para superar as raízes econômicas, sociais e culturais da pobreza (Flaño, 1991).

Um primeiro passo em direção ao compromisso de saldar a dívida social foi a reforma tributária de 1990, que teve reflexos positivos para a saúde nesse mesmo ano. Com os maiores recursos arrecadados foi possível expandir de imediato o orçamento público da área social elaborado em 1989, nas proporções mostradas na tabela seguinte:

Observe-se que a área da saúde recebeu o menor percentual de recursos adicionais, somente 8,7%, denotando claramente que para o novo

Tabela 9
Aumento do gasto orçamentário nas áreas sociais (%), 1990/1989

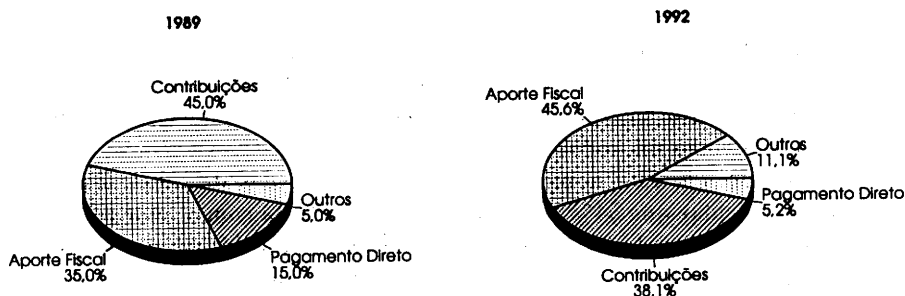
Área	Aumento (%)
Saúde	8,7
Educação	10,2
Habitação	29,0
Seguridade social	9,9
Outros	21,8

Fonte: García, 1991.

governo as prioridades foram para os programas de casas populares e para melhorar a situação dos professores da rede municipalizada, que nesse mesmo ano tiveram aprovado um Estatuto Docente conferindo-lhes, entre outros benefícios, estabilidade no emprego, objetivo até hoje não alcançado pelo pessoal local da saúde.

O redirecionamento das políticas de saúde mostrou resultados em 1992, quando o orçamento público setorial teve aumento real de 16% em relação ao do ano anterior, embora aí estejam incluídas receitas equivalentes a 4% do total, oriundas da cooperação internacional (US$28,4 milhões) e de empréstimos externos (US$274,5 milhões) obtidos para modernização institucional e para empreender as reformas físicas mais urgentes na rede assistencial (Ministerio de Salud, 1993).

O Gráfico 4 compara a estrutura do financiamento do setor saúde entre 1989 e 1992 (ver também Gráfico 3):

Gráfico 4
Estrutura do financiamento do setor de saúde 1989-1992.

Fonte: Ministerio de Salud, 1993.

A mudança na composição das fontes de financiamento entre 1989 e 1992 foi possível graças ao incremento real líquido das receitas do setor público da saúde de 33,9%, por causa em grande parte do crescimento de 73,6% da contribuição fiscal. O aumento das receitas para a saúde teve reflexos positivos na composição dos gastos no período 1990-1992, evidenciando-se as seguintes variações: atenção primária + 41%, investimento + 284% e remunerações + 32% (Ministerio de Salud, 1992a).

De qualquer forma, o incremento nas verbas para pessoal foi insuficiente, desatando-se uma série de conflitos reivindicativos até hoje não resolvidos a contento.

A questão dos recursos humanos é estratégica e merece análise mais atenta. A Tabela 10 mostra a composição e distribuição dos recursos humanos no setor público da saúde:

Tabela 10
Recursos humanos do setor público de saúde, 1990

Categoria	SNSS	Municipal	Total
Médicos	6.400	1.270	7.670
Dentistas	1.012	757	1.769
Enfermeiras[a]	4.436	1.590	6.026
Outros profissionais	4.320	752	5.072
Aux. paramédicos	21.106	4.702	25.808
Atendentes	11.964	1.340	13.304
Administrativos e outros	10.372	3.117	13.489
Total	59.610	13.528	73.138
%	81,5	18,5	100,0

[a] Inclui enfermeiras obstetras ou *matronas*.
Fonte: Ministerio de Salud, 1992a.

Em 1990 estimava-se que no Chile havia apenas 14.200 médicos, número que chama a atenção se comparado com os 45 mil médicos ou mais do Estado do Rio de Janeiro (Brasil), com população pouco menor que a do Chile como um todo.

Considerando esse número de médicos e os dados da tabela acima, pode-se calcular que 54% têm vinculação trabalhista com o setor público (o percentual era de 95% na época do SNS), e que 16,5% desses profissionais trabalham nos municípios. Também pode-se observar que do total de 73.138 trabalhadores da saúde, apenas 18,5% pertencem à atenção primária, o que seria um indicador de que, ao contrário do esperado

com a expansão e descentralização dessa rede, os serviços de saúde continuam concentrados nos níveis de maior complexidade.

A dotação de pessoal foi diminuída em 20% ao longo dos anos, acumulando em 1990 déficit de 11.894 cargos, dos quais 26% correspondem a médicos, 37% a enfermeiras e 14% a pessoal auxiliar (GICAMS et al., 1991). Por outro lado, tanto a relação médicos por habitantes quanto a distribuição geográfica são consideradas inaceitáveis. No Chile há um médico por 930 habitantes ao passo que nos Estados Unidos, por exemplo, a razão é de 1:450. Além disso, há municípios onde existe apenas um médico por trinta mil habitantes, ao passo que em Santiago a relação é de 1:600 (*Página Abierta* 4, 17/3/91) Para amenizar essa situação o governo vem realizando contratações em massa, o que já se traduziu na incorporação de 4.400 novos funcionários ao SNSS entre 1990-93, dos quais 1.600 médicos (Ministerio de Salud, 1993) Mas as carências existentes levarão anos para ser cobertas por causa da quantia enorme de recursos financeiros que envolvem.

Voltando ao problema das remunerações, estas têm tido reajustes acima da inflação (25% em média para os médicos entre 1990-1992), mas que ainda são insuficientes para cobrir as defasagens. Por tal motivo e por causa das deterioradas condições de trabalho, os funcionários da saúde têm provocado várias paralisações e feito ameaças de demissão em massa. Foi o caso dos médicos dos serviços de urgência, que levou à renúncia do ministro da Saúde em fins de 1992, fato extraordinário no contexto de governabilidade da *Concertación*.

Quanto à municipalização da atenção primária, é considerada irreversível, apesar da opinião negativa da maioria da população: 59% no Sul em 1988 e 68% no Norte em 1989 manifestaram-se contra essa política (Morales, 1991).

Assim que assumiu o novo governo, foram introduzidas mudanças na estrutura do ministério. Além de criar-se a Divisão de Programas (das Pessoas, Epidemiologia, Ambiente, Saúde Bucal e Atenção Primária), a Atenção Primária à Saúde foi integrada às estratégias de desenvolvimento nacional e foi assumida como prioridade política oficializada com a criação do Departamento de Atenção Primária (ver Anexo 1), exclusivamente destinado ao aprimoramento técnico-metodológico, organizacional, jurídico e gerencial da rede. Dentre as primeiras medidas adotadas nesse âmbito destacamos a decretação da gratuidade no atendimento a toda a população e o estudo de soluções para a precária situação do pessoal municipalizado. Resultado disso foi o *Estatuto do Pessoal da Atenção Primária de Saúde Municipal*, destinado a regular as relações trabalhistas e recuperar as garantias perdidas[25]. Mas tudo indica que a gestão Aylwin vai terminar sem ver aprovado o respectivo projeto de lei, que permanece em discussão no

Congresso Nacional (junto com outro visando introduzir modificações democratizantes no funcionamento das ISAPRE).

A municipalização concedeu aos muncípios importância inédita no país porque agora as prefeituras contam com volume de recursos financeiros e autonomia de gestão que não tinham no passado. Com a redemocratização e as eleições municipais de 1992 (com resultados amplamente favoráveis à *Concertación*), a soberania foi integralmente devolvida ao povo, produzindo-se a tão combatida repolitização dos governos locais, que ademais estão tornando-se instâncias reais de decisão, planejamento e participação social, esta ativamente promovida pelas equipes do Departamento de Atenção Primária do Ministério.

Por último, devemos lembrar que talvez a área da saúde do trabalhador tenha sido a única a não ser afetada pelas reformas da ditadura. Isso significa que a proteção preventiva, curativa, reabilitadora e pecuniária para acidentes do trabalho e doenças profissionais, até hoje continua a cargo do mesmo sistema *misto* público/privado baseado nas *Mutualidades de Seguridad Laboral* dos empregadores e nas repartições da saúde pública e do trabalho criado nos anos 60.

As boas perspectivas econômicas do país e a *democracia de acordos*, que certamente terá continuidade com as eleições gerais de dezembro de 1993, induzem a acreditar que haverá avanços no resgate da dívida social. Um fator positivo para lograr esse objetivo é a existência no Chile de uma institucionalidade pública considerada bastante eficiente quando comparada com a de outros países do continente. Apesar de discreparem frontalmente do tipo de políticas implementadas durante o regime militar, os analistas concordam em que as instituições funcionam de forma eficaz e que existe uma boa rede social apoiada na estrutura estatal, o que em muito facilita reorientar as políticas sociais (Flaño, 1991).

Quanto às medidas anunciadas pelo governo na sua *Agenda para a Mudança* na saúde, muitas delas vêm sendo implementadas com resultados concretos na produção quantitativa de serviços, em particular na área de atendimentos de urgência e redução das filas de espera.

O futuro próximo do setor saúde chileno é o ponto seguinte e último desta exposição.

3. *Os projetos de reforma da saúde na democracia: um debate difícil*

Apesar da vontade manifesta do governo da *Concertación* para introduzir fatores de maior racionalidade e justiça social no funcionamento dos serviços de saúde, o quadro continua crítico. A sociedade chilena se depara hoje com alternativas de reforma que, como não podia deixar de ser, guardam certa afinidade com as três grandes correntes ideológicas

que a atravessam. A nosso modo de ver, as propostas em debate podem ser sintetizadas da seguinte forma:

A *primeira*, corresponde à política oficial da *Concertación*, é apoiada pelas forças de centro e exprime a concepção de que os problemas do setor são fundamentalmente técnicos. Baseada na premissa *O sistema misto é o melhor para o Chile*, suas diretrizes apontam para a manutenção do *statu quo*, o que quer dizer: corrigir de imediato as deficiências mais graves do setor público (por aumento do gasto); não inibir mas regular e controlar efetivamente o setor privado (nova lei de ISAPRES); manter a atenção primária municipalizada melhorando a situação do pessoal (Estatuto da Atenção Primária), e introduzir nos hospitais mecanismos de mercado para elevar a efetividade em relação ao custo[26].

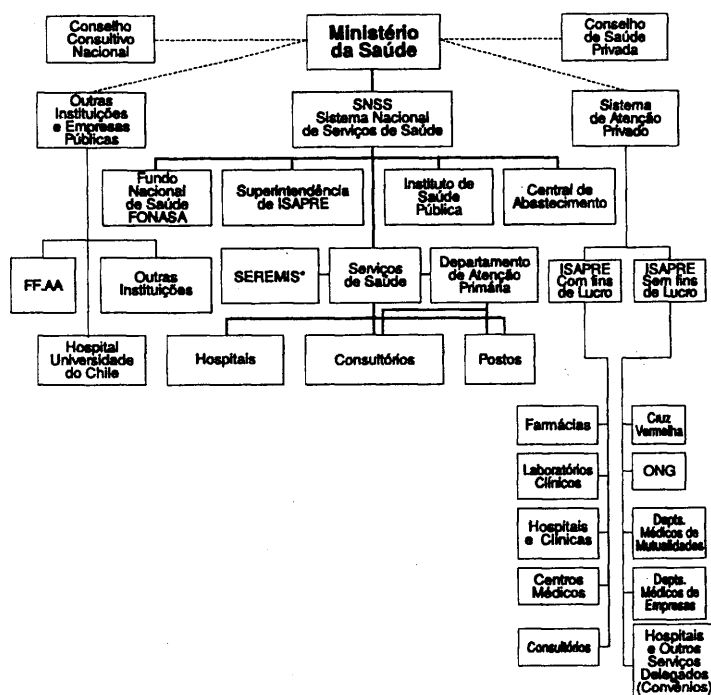
A *segunda*, defendida pela esquerda e os *históricos* da medicina social chilena dentro da visão de que os problemas da saúde são político-ideológicos, poderia resumir-se no lema"Resgatemos o SNS" mas em patamar mais elevado — direito universal à atenção pública gratuita, integral, humanizada, igualitária e desmunicipalizada; extinguir as ISAPRE ou permitir sua operação no livre mercado apenas como seguros privados sem nenhum subsídio estatal; mudar radicalmente a forma de financiamento porque estrutura perversamente o sistema de saúde.

A *terceira*, pleiteada pela direita e pelos neoliberais, expressa interesse eminentemente econômico-financeiro e pode ser bem sintetizada no *slogan* "ISAPRES para Todos", o que significa, em última instância, privatizar também os serviços públicos, converter hospitais em empresas privadas lucrativas e, em uma visão de subsídio à demanda e não mais à oferta, conceder um *bônus estatal* à população de baixa renda para que todos possam comprar um plano de saúde e assim florescer o empresariado da medicina e seus intermediadores.

Essas três propostas, frisamos, são simplificações extremas de debate muito complexo longe de terminar, e no qual as opções ideológicas não aparecem com clareza, seja por questões de fidelidade partidária dos porta-vozes com o bloco governante ou para marcar posições no caso da direita, seja por dilemas entre o compromisso com o interesse geral e interesses particulares de grupos funcionais com inserção específica no mercado da saúde. No nosso entender, a multiplicação e pluralização das clivagens setoriais e a maior autonomia adquirida pelas associações em relação aos partidos políticos, tornam uma quimera o consenso a respeito de uma reforma de amplas proporções. Ao menos por enquanto.

Como já expusemos em outro lugar (Labra, 1993) se pode conjeturar que, dado o quadro político, econômico, social e cultural que emergiu no país com a transição à democracia, o mais provável é que prevaleça a prática de negociações e acordos em torno dos tópicos da agenda mé-

dico-sanitária considerados mais prementes pelos dirigentes da *Concertación*. Se, como afirmam as autoridades governamentais, a democracia já se consolidou no país, o normal será que as mudanças sejam processadas de forma gradual, incremental, moderada. Assim, em prol da paz social evitar-se-ão os confrontos abertos. Diferentemente dos tempos encerrados em 1973, os conflitos na saúde poderão ser amenizados pela reaproximação pluralista e já não mais incondicional entre *ideologia* e *interesse*, ao passo que, no lugar do social, se afirma a economia como mediadora doutrinária das relações entre *política* e *medicina*.

Anexo 1
Instituições do sistema de saúde chileno, 1992

* SEREMIS — Secretarias Regionais Ministeriais.
Fonte: Adaptado de Ministerio de Salud. *Situación y Atención de la Salud en Chile, 1992.*

Legalmente, o sistema de saúde chileno é hoje *misto* público/privado. Ao Ministério da Saúde corresponde papel diretor em todo o setor, o qual está integrado por três grandes grupos de instituições: 1) o SNSS, regionalizado em 26 Serviços de Saúde (hospitais, centros especializados e de emergência) e um Serviço de Saúde Ambiental para a Região Metropolitana de Santiago, e o nível primário (consultórios, postos e estações médico-rurais); 2) o setor privado lucrativo e não lucrativo regulado pela Superintendência de ISAPRE do Ministério; e 3) os serviços médicos das Forças Armadas e Polícia, da Universidade do Chile e outros.

Toda a população tem acesso a cuidados preventivos e curativos. A medicina preventiva é de cobertura universal e de total responsabilidade do Estado. Já o acesso à atenção médica e hospitalar é estratificado segundo o nível sócio-econômico dos beneficiários e qualidade do serviço. Coexistem três regimes assistenciais diferentes, segundo o destino dado pelo trabalhador ativo ou passivo, com vínculo trabalhista ou autônomo, à contribuição obrigatória de 7% da renda tributável do chefe de família para a saúde: 1) a *modalidade institucional* prestada diretamente pelo SNSS a cerca de 80% da população — aos segurados e grupo familiar e aos carentes mediante um esquema de bonificação estatal máxima de 100% para quem provar a condição de pobre e mínima de 50%, segundo a faixa de renda (a atenção primária é gratuita); 2) a *modalidade de livre escolha* administrada pelo FONASA, baseada em um sistema de bonificações e co-pagamentos de valor variável combinados segundo níveis de atenção médica — destina-se basicamente a consultas profissionais e cobre cerca de 20% da população; 3) a *medicina privada* oferecida por meio de planos contratados pela pessoa (com seus 7% + adicional voluntário) com as Instituições de Saúde Previdenciária — ISAPRE abertas ao público em geral ou fechadas para categorias de trabalhadores, cobrindo entre 18 e 20% da população.

Um subsistema à parte, vigente desde os anos 60, constitui a saúde do trabalhador do mercado formal. Perto de 70% da cobertura está a cargo das *Mutualidades* de Empregadores (associações privadas não lucrativas), sendo o setor público responsável pelo resto.

O Fundo Nacional de Saúde — FONASA (autárquico) é responsável pela administração financeira de todo o sistema e pela gestão da modalidade de livre escolha, incluído o cadastramento de provedores profissionais e institucionais de serviços.

As Secretarias Regionais Ministeriais — SEREMIs, dependentes do ministro, coordenam a rede assistencial em cada uma das treze Regiões Administrativas do país e na Região Metropolitana (Grande Santiago), ao passo que o Departamento de Atenção Primária supervisiona, assessora e capacita todos os serviços desse nível.

O Instituto de Saúde Pública (autárquico, ex-Instituto Bacteriológico) é laboratório nacional de referência em microbiologia, imunologia, bromatologia, farmacologia, laboratório clínico, contaminação ambiental e saúde ocupacional; é-lhe vedada a produção de produtos biológicos e farmacêuticos, salvo autorização legal qualificada.

A Central de Abastecimento (autárquica) é responsável pela compra e pelo fornecimento de materiais, equipamentos e insumos para o setor público da saúde.

A Superintendência de ISAPRE normatiza e fiscaliza essas intermediadoras, informa seu desempenho e regula as relações ISAPRE/ usuários de planos de saúde.

As decisões políticas para o setor são debatidas em dois colegiados vinculados ao gabinete do ministro: o Conselho Nacional Consultivo (reinstalado) e o Conselho de Saúde Privada (novo), ambos representando numerosos interesses setoriais organizados e autoridades.

Notas

[1] Referimo-nos a partidos organizados em bases ideológicas e programáticas próprias. A consolidação do sistema partidário no Chile foi favorecida pela vigência da República Parlamentarista (1891-1925).

[2] Lei n.º 4.054 de 8/9/1924. Determina o seguro obrigatório para cobrir riscos de doença, invalidez, velhice e morte. Seguindo o modelo alemão de organização da Seguridade Social por categorias de emprego, no Chile os operários ficaram resguardados pelo Seguro Social Obrigatório. Já os empregados dos setores privado e público ficaram cobertos respectivamente pela Caixa de Previdência dos Empregados Particulares (1926) e pela Caixa de Empregados Públicos e Jornalistas (1930). Mas várias exceções para pequenos grupos e formas diferentes de financiamento tenderam a anarquizar o sistema.

[3] A Lei n.º 6.174 de 31/1/38 de "Medicina Preventiva" determinou: o exame sistemático e obrigatório de saúde nos indivíduos aparentemente sadios, com objetivo de descobrir os estados iniciais das doenças crônicas (tuberculose, venéreas e cardiovasculares, e posteriormente câncer); o direito a repouso preventivo com salário integral; a atenção higiênica e preventiva ao grupo materno-infantil, ampliada pouco depois à concessão de auxílios pecuniários e suplementação alimentar.

[4] O SNS incorporou praticamente todos os serviços médicos do país: a Junta de Beneficência (hospitais, consultórios, asilos etc.); o Departamento Médico da ex-Caixa do Seguro (consultórios externos, alguns hospitais, postos rurais); o Serviço Sanitário Nacional, que era pobre mas emprestou a autoridade legal do Código Sanitário; a Direção Geral de Proteção à Infância e Adolescência; a Seção de Higiene e Saúde Industrial do Ministério de Trabalho; os serviços médicos e sanitários das municipalidades e outros.

[5] Em 1967 passou a denominar-se Conselho Nacional Consultivo de Saúde e sua

composição foi ampliada, passando a incluir representantes do SERMENA, das Forças Armadas, Polícia e Prisões e das associações de odontólogos e químico-farmacêuticos. Foi suprimido pela ditadura e reinaugurado pelo governo democrático em 1990 (ver Anexo 1).

[6] A Lei n.º 16.744 de 1/5/68, determinou que as entidades capacitadas para administrar o seguro de acidentes seriam o Seguro Social, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), as Caixas de Previdência e as *Mutualidades de Empleadores* com o mínimo de vinte mil trabalhadores filiados.

[7] Lei n.º 16.781 de 2/5/68. Outorga assistência médica e dentária por meio do SNS aos contribuintes ativos, aposentados e beneficiários do subsídio de desemprego dos setores público e privado.

[8] Para uma variante mais radical do SUS, o Serviço Único Nacional de Saúde — SUNS, ver González Dagnino, 1971.

[9] Esse grupo exercia atividades acadêmicas na Universidade Católica e já tinha feito o diagnóstico das políticas econômicas *erradas* adotadas no país desde os anos 30. Ao respeito ver, por exemplo, Délano & Traslaviña, 1989 e Fontaine, 1988.

[10] A dívida externa chegou a seu patamar mais alto em 1986 com 21,3 bilhões de dólares. Com a recuperação da economia a partir desse ano, o montante da dívida vem diminuindo: em 1989 tinha sido reduzida a 16,3 bilhões de dólares. Cf. Délano & Traslaviña, 1989.

[11] Para uma análise das eleições de 1989 ver Labra, 1990a; 1990b.

[12] Decreto-Lei n.º 2.763 de 11/7/79. Estabelece as bases orgânicas do Sistema Nacional de Serviços de Saúde — SNSS, continuador legal do SNS e do SERMENA.

[13] Para uma análise mais detalhada a respeito, ver: Labra, 1993.

[14] Decreto-Lei n.º 2.575 de 5/4/79. Estende o regime de livre escolha aos beneficiários do SNS, que deve contribuir com parcela do financiamento, ficando a diferença produzida na prestação do serviço a cargo do usuário.

[15] Decreto-Lei n.º 3.500 de 4/11/80. Cria o Sistema de Pensões de Velhice, de Invalidez e Sobrevivência e estabelece a filiação única e permanente à Administradora de Fundos de Pensões escolhida pelo trabalhador. A transferência individual do antigo para o novo regime foi viabilizada mediante um "bônus de reconhecimento" estatal financiado com recursos oriundos das privatizações e do erário nacional.

[16] Ver resumo das diretrizes do Banco Mundial no *Boletín de la OPS* 103(6):695-709, 1987.

[17] Decreto com Força de Lei n.º 3 de 19/5/81. Cria as *Instituciones de Salud Previsional* para outorgar prestações e benefícios mediante seu financiamento ou diretamente, mediante cadastramento no FONASA.

[18] Cálculos baseados em dados publicados na *Cartilla* n.º 2 da Superintendência de ISAPRE, 1991.

[19] Estima-se que os hospitais públicos perdem anualmente mais de 35 milhões de dólares com atendimentos que deveriam ser cobertos pelos seguros privados (*El Mercurio*, 19/5/92).

[20] Pelo Estatuto do Governo e Administração Interiores do Estado de 1974 o território nacional foi dividido em uma Região Metropolitana (Grande Santiago) e doze Regiões Administrativas que reagruparam as províncias existen-

tes sem extingui-las. Para efeitos da administração local as províncias se dividem em comunas (municípios).

[21] O índice de produtividade é calculado pela razão número de consultas/número de horas clínicas em uma semana. Cf. Jiménez & Gili, 1991.

[22] Lei n.º 18.469 de 14/11/85. Regula o exercício do direito constitucional à proteção da saúde e cria um regime de prestações de saúde.

[23] Trata-se dos oito senadores *designados* impostos pela Constituição de 1980. Ver Labra, 1990a; 1990b.

[24] Trata-se do Inquérito de Caraterização Sócio-Econômica Nacional — CASEN e da Ficha de Classificação Social — CAS aplicada nos municípios.

[25] O Estatuto da Atenção Primária prevê: regime trabalhista único, *status* de funcionário público; carreira funcional progressiva por antiguidade, capacitação e mérito; novo regime salarial; normatização das relações entre os componentes do SNSS e a saúde municipal. Ver Ministerio de Salud, 1992c.

[26] Esta idéia, muito defendida pelos neoliberais e até hoje não implementada, assemelha-se à fórmula tentada na Inglaterra. Ver, a respeito, Enthoven, 1991.

Bibliografia

ATRIA, R.& TAGLE, M. (1991) *Estado y política en Chile*. Santiago, CPU.

CEPAL — Comisión Económica para América Latina (1991) Una estimación de la magnitud de la pobreza en Chile, 1987. *Estudios CIEPLAN* (31):107-29.

COLEGIO MEDICO DE CHILE (1991) *La salud en Chile hoy. Origen y perspectivas del problema*. Cuadernos de Trabajo Médico n.º 2.

COVARRUBIAS, A. (1991) *El sistema de salud en Chile: Una visión crítica y una solución*. Santiago, CPU. Serie Documentos.

DELANO, Manuel & TRASLAVIÑA, Hugo (1989) *La Herencia de los Chicago Boys*. Santiago, Ortinorrinco.

ECHEVERRIA, Magdalena & BUSTAMANTE, Cristián (1991) *La salud de los trabajadores en Chile*. Santiago, PET. Documento de Trabajo n.º 76.

ENTHOVEN, Alain (1991) Internal Market Reform of the British National Health Service. *Health Affairs*. Fall.

FFRENCH-DAVIS, Ricardo (1991) Desarrollo económico y equidad en Chile: herencias y desafíos en el retorno a la democracia. *Estudios CIEPLAN* (31):31-51.

FLAÑO, Nicolás (1991) El fondo de solidaridad e inversión social. En qué estamos pensando? *Estudios CIEPALN* (31):153-64.

FONTAINE, Arturo (1988) *Los economistas y el Presidente Pinochet*. Santiago, Zig-Zag.

FRIAS, Patricio (1989) *El movimiento sindical chileno en la lucha por la democracia*. Santiago, PET.

FRIAS VALENZUELA, Francisco (1974) *Historia de Chile*. Santiago, Ed. Nascimento, 14.ª ed.

GARCIA HURTADO, Alvaro (1991) Orientaciones de la Política Social. *Estudios CIEPLAN* (31):131-40.

GARRETON, Manuel (1988a) Evolução política do regime militar chileno e pro-

blemas da transição para a democracia. In O'DONNELL, G., SCHMITTER, P. C. & WHITEHEAD, L. (eds.) *Transições do Regime Autoritário*. São Paulo, Vértice.

——— (1988b) El marco político de la transición a la democracia en Chile y la coyuntura plebiscitaria de 1988. *Debat* (12):21-31.

——— (1991) *La democratización política en América Latina y la crisis de paradigmas*. Santiago, FLACSO. Documento de Trabajo n.º 5, Serie Estudios Sociales.

GIACONI, Juan (1991) *Políticas y organización del sector salud. Década de los 80*. Santiago, CPU. Documento de Trabajo n.º 50.

GICAMS — Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social et al. (1991) *Desafíos de la política de salud para Chile*. Taller de Discusión. Santiago, Lo Cañas 30-31 enero.

GONGORA, Mario (1990) *Ensayo histórico sobre la noción de Estado en Chile en los siglos XIX y XX*. Santiago, Ed. Universitaria.

GONZALEZ DAGNINO, Alfonso (1971) *Chile: medicina y socialismo*. Santiago, Quimantú.

JIMENEZ, Jorge (1989) Subsistema mutuales de seguridad. In ROMERO, M. I. (ed.) *Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile*. Santiago, CPU.

——— (ed.) (1991) *Sistema de salud en transición a la democracia*. Santiago, Ministerio de Salud/OMS-OPS/Atena.

JIMENEZ, Jorge & GILI, Margarita (1991) Municipalización de la atención primaria en salud. In JIMENEZ, J. (ed.) *Sistema de Salud...*, cit.

LABRA, M. E. (1988) A contra-reforma sanitária do regime autoritário. *Saúde em Debate* (23):19-24.

——— (1990a) *Chile 1989: o arco-íris da transição à democracia*. Rio de Janeiro, IUPERJ. Série Estudos n.º 78.

——— (1990b) *Chile 1989 (II): vencedores e vencidos no jogo eleitoral*. Rio de Janeiro. Trabalho preparado para o doutorado em Ciência Política. IUPERJ, mimeo.

——— (1993) Política, medicina e intereses en Chile. Impactos de la privatización y la municipalización en el asociativismo sectorial. Rosario. *Cuadernos Médico Sociales* (65/66):25-40. Ver também a versão atualizada do mesmo artigo publicada na Série Estudos n.º 2, FIOCRUZ/ENSP/DAPS, Rio de Janeiro, 1994.

MATTE, Patricia & CAMHI, Rosa (1993) Pobreza en la década de los 90 y desafíos futuros. *Estudios Sociales* 75(1):39-56. Santiago, CPU.

MEDICI, André C., OLIVEIRA, Francisco E. B. de & BELTRÃO, Kaizô I. (1992) *O sistema de saúde chileno: mitos e realidades*. Rio de Janeiro, IPEA. Relatório Interno n.º 02.

MERINO, René (1991) Situación actual del subsistema ISAPRE. In COLEGIO MEDICO DE CHILE. *La salud en Chile*, cit.

MINISTERIO DE SALUD (1970) *Recursos Humanos de Salud en Chile*.

——— (1991) *Situación y atención de la salud en Chile*.

——— (1992a) *Situación y atención de la salud en Chile*.

——— (1992b) *Estadísticas e indicadores de atenciones. Chile 1978-1991*.

——— (1992c) *Departamento de Atención Primaria. Memoria 1990/91*. División de Programas.

——— (1993) *Situación y atención de la salud en Chile.*

MIRANDA, Ernesto (1990) *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno.* Santiago, Programa Interfacultades en Administración de Salud, Universidad de Chile/Fundación Kellog.

MORALES, Eduardo (1981) *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978.* Santiago, FLACSO. Documento de Trabajo n.° 110.

——— (1991) *Gestión municipal: autoridad y liderazgo local.* Santiago, FLACSO. Documento de Trabajo n.° 11, Serie Estudios Sociales.

MORRIS, James O. (1967) *Las elites, los intelectuales y el consenso.* Santiago, Ed. del Pacífico.

OLIVEROS, Rene (1991) Situación actual de FONASA. In COLEGIO MEDICO DE CHILE. *La salud en Chile hoy,* cit.

OYARZO, César (1991) Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la década de los 80 y propuestas para una reforma. In JIMENEZ, J. (ed.) *Sistema de salud,* cit.

PET — Programa de Economía del Trabajo (1992) *Coyuntura Económica* 13(28). Santiago.

POZO, Hernán (1988) *Administración interior del Estado y sistemas de participación.* Santiago, FLACSO.

RACZYNSKI, Dagmar (1983) Reformas al sector salud. Diálogos y debates. *Estudios CIEPLAN* (70):5-44.

——— (1991) Descentralización y políticas sociales: lecciones de la experiencia chilena y tareas pendientes. *Estudios CIEPLAN* (31):141-51.

REQUENA, Mariano (1972) Servicio nacional de salud 1970-1972. *Apuntes* (4):124-39.

——— (1991) *Situación del sistema de cuidado de la salud chileno,* mimeo.

——— (1992) *Proposición de reestructuración del financiamiento del sistema chileno de cuidado de la salud,* mimeo.

ROMERO, María Inés (ed.) (1990) *Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile.* Santiago, CPU.

SANCHEZ, Héctor (1993) Las ISAPRES en el escenario del trabajo médico y su impacto sobre la profesión. In SEPULVEDA & VILLEGAS (ed.) *Temas,* cit.

SANCHEZ VEGA, Jorge (1991) Inversión en salud: un debate necesario. Santiago, *Cuadernos Médico Sociales* 32(3):37-43.

SEPULVEDA JARA, Rafael & VILLEGAS CANQUIL, Jorge (ed.) (1993) *Temas de trabajo médico.* Santiago, Colegio Médico de Chile.

SUPERINTENDENCIA DE ISAPRE (1991) Cartillas n.° 1 e 2.

VALDIVIESO, Ramón & JURICIC, Bogoslav (1970) El sistema nacional de salud en Chile. *Boletín de la OPS* 68(6):478-84.

VALENZUELA, Arturo (1989) *El quiebre de la democracia en Chile.* Santiago, FLACSO, 2.ª ed.

VIEL, Benjamín (1961) *La medicina socializada.* Santiago, Ed. Universidad de Chile.

SITUAÇÃO ATUAL DA REFORMA SANITÁRIA NA ESPANHA

JOSÉ JOAQUÍN O'SHANAHAN JUAN

O contexto

Com a Constituição de outubro de 1978, o Estado espanhol se descentraliza em dezessete Comunidades Autônomas, cada uma delas regida por um Estatuto de Autonomia. Cada Comunidade conta ademais com Tribunal de Justiça, Governo Autônomo e Parlamento Regional.

A Espanha encontra-se atualmente na quarta legislatura desde as primeiras eleições democráticas de 1979. O processo de descentralização está praticamente concluído em um terço das Comunidades Autônomas, até mesmo nas consideradas históricas: Catalunha, País Basco, Andaluzia, Valença, Galícia e Navarra. As transferências dos encargos do Instituto Nacional de Saúde — INSALUD estão entre as últimas a ocorrer, por causa da complexidade de fatores como: a magnitude dos recursos financeiros, o déficit histórico acumulado no INSALUD, as dificuldades na negociação dos custos e o alto grau de conflito existente nas instituições e no setor. A tudo isso se deve acrescentar a própria ambivalência com que o Estado se coloca ante a reorientação da Reforma Sanitária e, talvez, a conveniência estratégica de retardar os processos reformadores.

O aprofundamento no desenvolvimento do Estado das Autonomias, juntamente com o auge dos nacionalismos no interior da Espanha, e também de forma dramática em muitos países da Europa Oriental, são fatos que, aliados ao impacto do processo de integração da Espanha à Comunidade Econômica Européia, contribuíram para a reabertura do debate sobre o avanço em direção ao Estado federal. Essa proposta, que foi defendida no período constituinte pelo Partido Socialista Operário Espanhol — PSOE, é estimulada por amplo espectro de forças: grupos nacionalistas, setores da esquerda comunista e do partido socialista; alguns governos autônomos conservadores (Fraga, 1993).

O PSOE vem mantendo-se no governo central de 1982 até o presente, mas nas últimas eleições, celebradas em junho de 1993, perdeu a maioria absoluta. Por esse motivo, buscou governar com apoio dos partidos nacionalistas de tendência liberal e não com a esquerda. A necessidade de estabelecer pactos introduziu no governo uma dinâmica mais favorável ao diálogo e à negociação, o que estaria assinalando para uma redução na prepotência que caracterizou a gestão dos governos anteriores do PSOE, muito embora já seja talvez tarde para mudar essa conduta.

O avanço da direita, basicamente por meio do voto dos jovens, os resultados eleitorais e os escândalos de corrupção acentuaram o desgaste do PSOE, que se encontra mergulhado em importante crise interna. A perda de base social de apoio vem favorecendo o Partido Popular (conservador), que desde as últimas eleições se coloca como alternativa mais próxima de governo.

O governo socialista tem contado com fortes aliados nos bancos e na Confederação Espanhola de Empresários, a tal ponto que os benefícios obtidos por estes estão sendo os mais elevados da Comunidade Européia, apesar da crise econômica que a Espanha vem enfrentando. Por outro lado, os sindicatos de classe majoritários, as Comissões Operárias (CCOO) e a União Geral de Trabalhadores (UGT), unidos por vínculos tradicionais ao Partido Comunista da Espanha e ao PSOE, respectivamente, opõem-se ao governo de Felipe González devido à sua política econômica neoliberal. São expressões significativas dessa oposição a greve geral de 14 de dezembro de 1988, a paralisação geral de meio dia de trabalho em 28 de maio de 1992 e a greve geral de 27 de janeiro de 1994, contra a reforma do mercado de trabalho proposta pelo governo. Membros importantes do comitê federal do PSOE apontaram a necessidade de convencer os sindicatos a chegar a um grande acordo com os patrões. Mas se o que se pretendia era uma nova edição dos pactos de Moncloa, isso não foi conseguido, como ficou demonstrado com a última greve geral.

Dificilmente podemos discordar da necessidade da reforma do mercado de trabalho espanhol, com três milhões e meio de desempregados — 23% da população ativa, contra 10,5% na Europa. Todavia, o problema é que as políticas governamentais estão tornando-se injustas não só porque sacrificam excessivamente o trabalhador, mas também porque não questionam de fato a gestão empresarial, que aparece *explicada* pela crise internacional. Há de se reconhecer, porém, a responsabilidade dos sindicatos, que com freqüência esquecem a situação do país, e sua intransigência em não distinguir as condições particulares dos distintos setores de atividade. A realidade é que em 1991 os empresários tiveram custos trabalhistas, medidos em *ecus*[1], só superiores aos da Irlanda, da Grécia

e de Portugal e dispuseram, a partir de 1991, de quase 35% de trabalhadores sem estabilidade (Alemán, 1994). A produtividade do trabalho foi superada apenas pela do Japão, ao passo que a produtividade do capital era das mais baixas, o que não impediu os empresários de obterem em 1992 a mais alta taxa de rendimento do capital, superior à dos principais países da CEE.

A idéia clássica de que a redução matemática dos custos trabalhistas melhora a produtividade e aumenta o investimento e o emprego, é provavelmente um reducionismo inaceitável. A tecnologia permite investimentos importantes; mas, além de não aumentarem o número de empregos, tendem a eliminar os existentes. Um dos desafios cruciais que a sociedade espanhola enfrenta é o da proteção social aos que não têm trabalho e que certamente vai ser reduzida com as medidas de flexibilização do emprego. A situação que se está criando leva cada vez mais ao conceito de trabalho como mercadoria exposta às puras leis do mercado, com perda de poder de substituição dos trabalhadores.

O liberalismo *duro*, portanto, também continua em ascensão na Espanha, como no resto do mundo, estimulado ainda pela falta de barreiras de contenção gerada com a queda dos países socialistas do Leste europeu. Tudo isso, que se pode também ler como uma clara posição de debilidade do conjunto da esquerda, incluindo-se aqui a representada pelo PSOE, nos faz temer aumento do conflito social nos próximos anos.

Afirmações como a do ex-primeiro-ministro francês, Barré, no World Economic Forum, apontam com insistência nessa direção: *temos que apertar o cinto [...] Há excesso de proteções sociais que agora estão ameaçadas e desapareceram em alguns países como a Suécia. [...] Uma drástica redução dos benefícios sociais é o preço para evitar ajuste futuro mais doloroso. Nossos Estados de Bem-Estar não dão os incentivos necessários ao trabalho; existem demasiados desincentivos* (Carvajal, 1994). Essas propostas, às quais se juntam palavras como as do primeiro-ministro belga, Dehaene, segundo o qual *o sistema atual de sobrecarregar com tributos o trabalho, para financiar o Estado de Bem-Estar, está criando mais e mais desemprego,* estão penetrando fundo num país como a Espanha, onde é cada vez maior o peso do envelhecimento da população e suas conseqüências sobre a Seguridade Social: em fins de 1993 havia no país algo além de 1,6 milhões de pensões a mais que em 1983 (Justicia, 1994). Nesse ano, havia 2,26 afiliados contribuintes da Seguridade Social por cada pensão; dez anos depois a relação é de 1,86. Se além dessa situação, que deverá agravar-se, for mantida a tendência atual no mapa político espanhol, é muito provável que nas próximas eleições gerais o PSOE passe à oposição, abrindo passo a um governo conservador.

A Espanha na comunidade européia

A Espanha ingressa na Comunidade Econômica Européia, junto com Portugal, em janeiro de 1986, ano em que se aprova a Lei Geral de Saúde *(Ley General de Sanidad)*. Desde então o processo de integração transcorreu aceleradamente nos campos social e econômico. Os acordos de Maastricht, de fevereiro de 1992, são o símbolo do nascimento da futura constituição sobre a qual se construirá a União Européia e incluem compromissos econômicos muito fortes: redução do déficit público até 3% do PIB; dívida pública inferior a 60% do PIB; taxa de inflação não superior a 1,5 pontos percentuais acima da registrada pelos três Estados membros com melhor comportamento em preços; e juro médio nominal a longo prazo de máximo dois pontos percentuais acima do registrado pelos três Estados membros com melhor comportamento de preços nos doze meses previstos.

Apesar do claro compromisso do governo com os acordos de Maastricht, o panorama econômico é difícil na Espanha: há diminuição contínua da oferta de empregos, com índice de 24% de desemprego segundo o censo de população ativa em 1993 — cifra ainda distante da média da CEE, de 10,5% em fins de 1993; o déficit público alcançou 7,1% do PIB em vez dos 3,3% do orçamento inicial; a inflação acumulada em 1993 chegou a 4,9%; a dívida pública ultrapassou o limite fixado no Tratado.

Diante disso, e se os demais indicadores não melhorarem de modo substancial, a Espanha não cumprirá nenhuma das condições de convergência recomendadas para poder avançar na União Econômica e Monetária (*Fulls Economics*, 1993).

Essas dificuldades e muitas outras surgidas no processo, como o atraso na entrada em vigor do mercado único em todos os seus âmbitos, em particular no tocante à livre circulação de trabalhadores, afastam a União Européia para o horizonte do final do século. De tudo isso se aprende, por uma parte, que a Europa não pode ser construída sem a participação mais ativa e democrática dos cidadãos, ainda que para tal se retarde a união e, por outra parte, que não é possível separar os aspectos técnico-econômicos dos aspectos políticos e sociais envolvidos no projeto (Nieto, 1993).

A Comunidade Européia não estabelece diretrizes sobre a organização do setor saúde, exceto nos aspectos relacionados ao setor farmacêutico e à segurança e higiene no trabalho. Na área da saúde os países europeus já estão estreitamemente vinculados no mercado de bens, porém isso não acontece no setor dos serviços, o que sugere a convicção de que os sistemas de Seguridade Social, em particular os Fundos Sociais de Previ-

dência e os Serviços Nacionais de Saúde, não deveriam igualar-se completamente (Schneider, 1992).

É claro, contudo, o processo de reorientação em todos os países com modelos do tipo do Serviço Nacional de Saúde, na estratégia neoliberal de reduzir ou *desestatizar* os serviços públicos, como o fizeram o Reino Unido, a Suécia e a Itália. Privatizam-se amplos setores da gestão dos serviços, ampliando-se o espaço para as multinacionais de seguros e, ao atrasar a introdução das modificações necessárias, faz-se com que os serviços públicos percam legitimidade e sejam desacreditados.

Se pudéssemos expressar o estado de ânimo dos cidadãos, nos depararíamos com um declínio das ilusões de muita gente que, em fins da década de 70 e princípios da de 80, impulsionou o processo democratizador do país e liderou as mudanças a partir dos movimentos sindicais, sociais e políticos. Consumismo, maior individualismo e desmobilização expressa em maior absenteísmo eleitoral também aumentaram em relação ao período de transição democrática. É interessante destacar que o filósofo Aranguren propõe a abertura de novos canais políticos, para superar o que chama de *segunda transição,* referindo-se ao esgotamento e ao descrédito do modelo de partido dominante que surgiu durante a passagem para a democracia na Espanha (Aranguren, 1990).

A reforma sanitária e as características do sistema sanitário espanhol

A Reforma Sanitária na Espanha inicia-se institucionalmente no ano de 1984, com a publicação do decreto de Estruturas Básicas de Saúde 137/1984. Essa legislação põe em andamento a Reforma da Atenção Primária de Saúde, mediante a criação das Equipes de Atenção Primária e a construção dos Centros de Saúde.

Por volta de 1975 tinham começado várias experiências incitadas por jovens profissionais que, de forma inicialmente descoordenada, contribuíram para gerar o movimento a favor da Reforma. Alguns municípios, particularmente na Catalunha, no País Basco e em Navarra, implementaram a municipalização de serviços e avançaram na definição de suas responsabilidades em matéria de saúde pública, que serviram de referência para a recuperação do *salubrismo.* Posteriormente, tais experiências foram relegadas na lei, ao se rejeitar a opção por uma reforma municipalista e não se implementar os aspectos da legislação que contemplavam a participação das corporações locais na gestão das áreas e zonas básicas de saúde, ou o apoio ao desenvolvimento dos conteúdos de saúde pública nos serviços do Sistema Nacional de Saúde.

Quanto à Atenção Primária, a experiência de Montanchez em Cáceres

e, em particular, a do Centro de Saúde Tirajana (O'Shanahan, 1979) na Grande Canária, redundaram em alguns avanços. Por exemplo, a constituição da coordenação de hospitais públicos e a criação da Associação para a Defesa da Saúde Pública, cujas mobilizações e propostas contribuíram para criar condições para a formulação e posterior institucionalização jurídica da Reforma Sanitária. A Lei Geral de Saúde, embora não tenha satisfeito a todas as partes, foi aprovada pelo senado *sem pena nem glória* em abril de 1986.

Chegou-se a essa lei com bastante consenso entre os distintos atores sociais do setor; ela respondia ao programa sanitário aprovado no XXIX Congresso do PSOE, pouco antes de este ganhar as eleições de 1982 e assumir o governo da nação. Na época, os países do Sul da Europa também realizavam suas reformas sanitárias baseadas no modelo de Serviço Nacional de Saúde do *Welfare State* do Reino Unido e dos países escandinavos. A Itália tinha aprovado em 1978 sua Lei de Reforma Sanitária, e Portugal promulgava no ano seguinte a Legislação do Serviço Nacional de Saúde. Também a Grécia, que entrou no Mercado Comum em 1981, aprovou em 1983 uma lei criando um Sistema Nacional de Saúde implementado três anos mais tarde.

Por outro lado, o Brasil realizava, igualmente em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se formulavam o Sistema Único de Saúde e seus princípios conceituais, culminando assim um processo democratizador que teve no movimento sanitário ator privilegiado para seu desenvolvimento.

Esses países implementam processos reformadores em contextos históricos que apresentam muitas semelhanças. Em momentos de democratização e avanços sociais e políticos, o setor saúde proporciona espaços de luta política e confronto técnico que são utilizados pelas forças progressistas para tentar a modificação das correlações de poder nesse setor do aparelho institucional do Estado e, em alguns casos, particularmente o da Itália, também em setores importantes da sociedade civil: municípios, sindicatos de classe etc. Por outro lado, isso também era necessário para a legitimação de um Estado submetido às modificações que a transição do autoritarismo à democracria requeria. A institucionalização das reformas, com a aprovação das leis correspondentes, era a culminação de um processo começado muitos anos antes. Os antecedentes são diferentes para cada país e condicionam suas perspectivas de desenvolvimento futuro.

Atualmente, com a situação de recessão e crise do *Welfare State* na Europa, a Itália e Portugal já contam com novas leis, chamadas de *contra-reforma sanitária*.

No caso italiano, o setor sofre profunda reorientação neoliberal em

meio a uma crise econômica e política muito importante. Na Espanha, estamos mergulhados num intenso debate, enquanto presenciamos a reorientação no rumo das alterações conducentes a uma desestatização mais ampla do Sistema Nacional de Saúde. Nossa lei de contra-reforma talvez esteja muito próxima, mesmo que ainda não tenha havido tempo para o desabrochar da própria Reforma.

Na Espanha era preciso optar entre desenvolver o modelo dos Serviços Nacionais de Saúde, desejado pela maioria da população ou, na linha dos países centrais da Comunidade Econômica Européia, melhorar e diversificar o sistema de Seguros de Saúde com base no regime existente, baseado no Seguro Obrigatório de Doença, cuja cobertura era de 82% em 1982 (Elola, 1992). Com a Lei Geral de Saúde de 1986, optou-se pelo Sistema Nacional de Saúde de tipo misto, deixando espaços de ambigüidade que facilitam o crescimento do subsistema privado, naquela ocasião muito pouco importante na Espanha, à exceção da Catalunha.

Entre as características mais relevantes do Sistema Nacional de Saúde destacamos as seguintes (Portella, 1989):

— Integração da assistência sanitária e da saúde pública num mesmo sistema.

— Integração de todos os centros e serviços que pertencem às distintas redes sanitárias do setor público.

— Extensão de cobertura a toda a população.

— Incorporação de novas prestações em saúde bucodental, mental, do trabalho etc.

— Descentralização do sistema sanitário nas dezessete Comunidades Autônomas mediante transferências e criação dos Serviços Regionais de Saúde.

— Modificação do financiamento, substituindo o sistema baseado nas contribuições de empresários e trabalhadores para a Seguridade Social pelo Orçamento Geral do Estado.

— Criação da Área de Saúde, num âmbito de cerca de 250 mil habitantes, como unidade territorial básica de financiamento e prestação de serviços organizados por meio do hospital da área e das Equipes de Atenção Primária de suas zonas de influência.

— Reforço do papel da Atenção Primária de Saúde, integrando as atividades de saúde pública e as assistenciais por meio das Equipes de Atenção Primária atuantes nos Centros de Saúde em territórios de cinco mil a 25 mil habitantes.

— Implantação do Plano Integrado de Saúde em nível nacional e planos regionais para cada Comunidade Autônoma, como instrumento para a planificação coordenada de ações e serviços.

— Criação de instrumentos para participação da população e dos tra-

balhadores por meio de seus representantes nos órgãos de participação e gestão da Área de Saúde, mas com caráter assessor.

— Livre escolha do médico de cabeceira ou de família na Área de Saúde.

1. A reforma dos serviços

A Reforma se inicia com uma rede sanitária pública que detém mais de 80% dos hospitais, tanto de casos agudos (exceto a Catalunha), como de psiquiátricos e, em menor proporção, de crônicos. A cobertura assistencial a 80% da população é realizada por intermédio de centros e serviços públicos da Seguridade Social, das Corporações Locais, de universidades etc. Depois de nove anos de Reforma Sanitária, em que se optou por um modelo de Serviço Nacional de Saúde unificado, integrado, universal e gratuito para toda a população, o processo ainda não está terminado.

2. Atenção primária

O modelo tradicional de Assistência Primária transcorria nos ambulatórios urbanos em que os clínicos gerais atendem seus pacientes em períodos de duas horas e meia diárias porém muito massificadas — entre quinze e quarenta pacientes por hora. Em áreas rurais as atividades de Atenção Primária se realizavam durante a consulta do médico titular da Assistência Pública Domiciliar, juntamente com sua consulta privada e a da Beneficência Municipal, esta já inexistente na prática.

Atualmente, a cobertura pública chega a 96% da população e se realiza por meio do novo modelo de Atenção Primária nos Centros de Saúde com as Equipes de Atenção Primária. Estas são formadas por um número de profissionais que oscila entre sete e quarenta aproximadamente, segundo o tamanho da população: um clínico geral por 1.200 a 2.000 habitantes maiores de catorze anos, persistindo em algumas zonas urbanas *ratios* em torno de 1/3.000 por quota ao passo que em outras diminuiu de um médico por 2.100 pessoas para 1/1.800 (INSALUD, 1992). Pediatras, enfermeiras, parteiras, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e vigias integram o restante do pessoal das equipes em função do seu tamanho, das restrições orçamentárias e das necessidades da população. O odontólogo, o fisioterapeuta, o psicólogo e a enfermeira de saúde mental fazem parte de Unidades de Apoio a várias equipes, ao lado de especialistas de Unidades de Saúde Mental, Planejamento Familiar e Reabilitação. Os veterinários e farmacêuticos fazem parte, legalmente, da Equipe de Atenção Primá-

ria, mas na prática sua integração efetivou-se em poucas Comunidades Autônomas.

Esse novo modelo de atenção substituiu cerca de 60% (em 1992) do modelo tradicional, que ainda se mantém principalmente nas zonas urbanas. A meta do governo central de elevar a cobertura a 100% até o final de 1993 não se cumpriu em virtude das restrições orçamentárias. Por essa mesma razão, a ampliação dos quadros de pessoal foi nula em 1993 e a construção de Centros de Saúde foi reduzida.

Nos Centros de Saúde realizam-se funções assistenciais e atenção continuada de urgências coordenadas com o hospital da área de referência. As atividades de promoção e prevenção estão menos desenvolvidas e seu nível depende muito do apoio dos Conselhos de Saúde das Comunidades Autônomas, às quais foram transferidos os encargos em matéria de Saúde Pública.

As funções das equipes realizam-se por meio de uma série de atividades que variam pouco de uma Comunidade Autônoma a outra. As consultas médicas demandadas pelo programa de hora marcada por telefone deveriam ocupar duas horas e meia como norma. Mas na prática tomam até quatro horas em virtude do número de pacientes com média de seis a sete minutos por consulta. Aos pacientes crônicos dedica-se em média uma a duas horas diárias das consultas programadas. As consultas de enfermagem programadas levam duas horas por enfermeira/dia, com média de dez a vinte minutos por consulta. As visitas domiciliares têm tido implantação insuficiente em relação às necessidades, por causa da pouca predisposição existente.

Em cada Centro de Saúde existe uma unidade de atenção geral em que se atendem emergências, realizam-se ações curativas e ministram-se tratamentos. Na enfermaria — quando não nos respectivos consultórios — realiza-se extração periférica de amostras para análises clínicas nos laboratórios de referência do segundo nível. Alguns Centros de Saúde que funcionam com dotação de um serviço comarcal de urgências contam com radiologia simples.

As atividades de educação para a saúde destinadas a grupos de pacientes e em programas comunitários em geral estão sendo crescentemente implantadas. Realizam-se em função da capacidade, motivação e preparo do pessoal, e das características higiênico-epidemiológicas da Zona Básica de Saúde. Esse componente de atividades comunitárias e de saúde pública é o menos desenvolvido no novo modelo. É muito trabalhoso organizar tais tarefas porque o conceito da Atenção Primária ainda não está arraigado como estratégia e filosofia entre o pessoal sanitário, nem entre os dirigentes ou técnicos, mantendo-se mais na ideologia sanitário-profissional-clínica que na do modelo social, comunitário e epidemiológico

de saúde. Grande parte das dificuldades derivadas de uma formação deficiente e do apoio escasso ou nulo, é determinada pela falta de capacidade técnica e de vontade política dos dirigentes para impulsionar o progresso do novo modelo conforme a concepção da legislação.

As remunerações em Atenção Primária são altas, se comparadas às de outros funcionários públicos ou de hospitais. O pessoal trabalha 37,5 horas semanais, além das horas de plantão que correspondam à equipe. Os médicos devem ter dedicação exclusiva ao sistema público; seus salários oscilam entre dois mil e três mil dólares líquidos por mês, segundo as características da população, da Zona de Saúde e, quando for o caso, dos plantões noturnos e em feriados. As remunerações incluem complemento de produtividade conforme os objetivos sejam alcançados pela equipe, e varia nas Comunidades Autônomas com o INSALUD transferido. Não obstante, este complemento variável desapareceu nos territórios administrados pelo Ministério da Saúde (não transferidos), por causa da pressão dos sindicatos que se opunham a ele. Em relação aos médicos, por outro lado, a parte do salário correspondente à capitação (número de usuários registrados na cota) aumentou consideravalmente desde 1993 com a introdução da livre escolha na Área de Saúde. Essa medida, aplicada com poucas restrições, contribuirá para desviar o curso da Reforma, medicalizando a atenção e reduzindo ainda mais a dimensão comunitária e de promoção e prevenção das Equipes de Atenção Primária.

O nível tecnológico-administrativo desenvolveu-se bastante nos últimos cinco anos, tanto na Atenção Primária quanto na especializada. Os sistemas de informação para controle da produção de serviços avançaram muito, descuidando-se a vigilância epidemiológica. Estão acontecendo mudanças na linguagem e na terminologia empregadas ou na forma de ordenar as atividades. Fala-se mais de *carteira de serviços* e menos de programas, por exemplo, de consultas para a criança sadia, preparação para o parto, vacinação antitetânica etc., com definição de critérios, normas e procedimentos para cada um deles em relação a provedores, cobertura e resultados. Estabelecem-se os serviços mínimos para cada equipe e faz-se acordo sobre as metas anuais. Do mesmo modo, na Área de Saúde formula-se a estratégia para cada serviço com critérios de eficiência, efetividade e utilidade social que mais tarde serão adaptados a cada equipe.

Os dados existentes até agora permitem que se faça avaliação positiva do novo modelo. Segundo a pesquisa de opinião realizada pelo INSALUD em 1990, 62% dos usuários dos Centros de Saúde avaliaram como boa ou muito boa a assistência que aí recebem. Para usuários dos consultórios tradicionais, essa proporção cai para 55%. Se se comparar a relação custo do recurso humano/tempo disponível de profissionais, a avaliação

da eficiência é, de qualquer modo, muito favorável, embora seja preciso fazer estudo comparativo dos resultados.

Os relatórios dos serviços de atenção primária e especializada tornam patente que a nova organização tende a diminuir as urgências hospitalares. O grau de resolutividade do novo modelo também é superior ao tradicional: enquanto neste a demanda derivada à atenção especializada é de 11,7 pacientes por cem consultas, no novo modelo é de 6,9 e, além disso, é menor a utilização de meios de diagnóstico de radiologia e laboratório (INSALUD, 1992).

Essas modificações ainda não são valorizadas em toda a sua magnitude, nem pela população nem pelos próprios trabalhadores sanitários, que percebem esta linguagem e atividade com certo ceticismo. Significam maior controle e mais trabalho, com escassos incentivos e apoio dos níveis técnicos e hierárquicos superiores, estando os coordenadores nos Centros de Saúde muito sobrecarregados ao terem de compatibilizar seu trabalho assistencial com o administrativo.

Em termos gerais, parece que o sistema está preparando-se para competir no mercado da oferta e demanda de serviços com o resto do setor público e outros provedores privados. Apesar dos indubitáveis avanços obtidos, é clara a oposição ao novo modelo. Nos setores conservadores também se fazem balanços desfavoráveis aos resultados alcançados, com afirmações como as seguintes: *A pretensão impossível de reorientar o sistema de saúde é uma ingenuidade vanguardista que desequilibra a estrutura de serviços, deprecia sua eficácia e produz gastos supérfluos.* Ou, *os centros de saúde ou equipes de atenção primária foram planejados sobre a divulgação da falácia de que a razão de ser de um sistema sanitário é a elevação do nível de saúde da população e que a assistência à enfermidade deve orientar-se ao objetivo de produzir saúde.* A própria denominação "centro de saúde" em lugar de "centro médico" parece expressar essa vistosa reviravolta conceitual — da doença à saúde — que, em teoria, propõe racionalidade e progresso. Na prática, infelizmente, fica em promessas de cumprimento impossível, *puras ilusões.*

Afirma-se também que *os centros de saúde ainda carecem de respaldo científico e não passam de produto arbitrário de uma doutrina partidista.* Essa posição, manifestada por destacado membro da Comissão Abril Martorell (Costas Lombardia, 1992), está ganhando força entre importantes setores da estrutura de gestão dos serviços. Técnicos aparentemente *assépticos* contribuem, em sua neutralidade, para frear muitos esforços de grupos e projetos, que fracassam ou são desalojados de posições de poder, apelando-se a necessidades de coerência com a boa gestão e eficiência na produção de serviços.

Esses são alguns dos desafios que enfrenta a Reforma da Atenção Pri-

mária na Espanha. Considero que nosso atual modelo continua mais atrelado ao chamado modelo de Atenção Primária Médica do que imbuído pelos princípos de Atenção Primária de Saúde preconizados na Conferência de Alma-Atá. A APS, entendida como filosofia e como estratégia, tampouco foi internalizada pela maioria do pessoal sanitário, pelos seus dirigentes ou pela população.

3. A atenção especializada

A reforma da Atenção Especializada conseguiu melhorar a rede hospitalar pública existente, incorporando em convênio hospitais públicos de Corporações Locais, universitários etc., e contratando serviços privados, o que se traduziu em 1993 em incremento de 12,35% da rubrica orçamentária correspondente a convênios em relação a 1992 (Ministerio de Sanidad, 1992).

Os relatórios do INSALUD de 1991 e 1992 oferecem dados que mostram a evolução positiva da atenção hospitalar medida por parâmetros que acusam, por exemplo, a diminuição da estadia hospitalar média e o aumento da ocupação média. Embora não se possa negar que ainda existem problemas e não se alcançou a eficiência desejada, evidencia-se que a implementação de novas tecnologias na gestão está introduzindo maior racionalidade na administração do sistema sanitário público e, em particular, nos hospitais.

A necessidade de conceder maior autonomia de gestão aos centros de gastos no INSALUD tem promovido a realização de experiências em hospitais, tais como o manejo de orçamentos fechados e sistemas gerenciais dirigidos à introdução de *mercados internos* de compra e venda de serviços, baseados em critérios de contabilidade privada abertos ao mercado de saúde em implantação em Comunidades Autônomas como as da Catalunha, do País Basco e da Andaluzia, entre outras. Essas medidas podem contribuir para a eficiência na produção dos serviços de saúde, mas temo que não contemplem os requisitos necessários para: conservar a territorialização da atenção da Área; integrar Atenção Especializada e Primária segundo critérios epidemiológicos; operacionalizar os serviços por meio de um único órgão executor e um plano de saúde. Na modernização das estruturas de gestão do sistema sanitário, impõem-se cada vez mais os critérios da administração gerencial, que baseia seu planejamento nas demandas dos usuários do serviço, em prejuízo da administração de saúde. Esta planeja, como se sabe, segundo as necessidades da população atendida, utiliza a epidemiologia como instrumento essencial para orientar a produção dos serviços e baseia-se em critérios de eqüidade e efetividade. Não há dúvida quanto à necessidade de legitimar o

serviço público, o que exige a consideração da demanda ou da necessidade sentida pela população como imprescindível na estratégia de *marketing* de que o próprio Estado precisa. Mas o abandono da base epidemiológica pode converter o sistema sanitário numa empresa qualquer de serviços, contribuindo assim para reduzir sua eficiência social.

O fluxo de profissionais que deixam os hospitais é um fenômeno significativo. A falta de incentivos entre especialistas com salários relativamente baixos, a compatibilidade com o exercício privado e o crescente êxito das consultas privadas, estão fazendo proliferar as policlínicas. Nos lugares em que os especialistas não dão dedicação exclusiva, compatibilizam a atividade privada com o emprego no serviço público. A escassez de especialistas e o reduzido êxito no controle das listas de espera, que aparecem como um dos problemas responsáveis pela maior insatisfação entre usuários dos serviços públicos, ajudam a aumentar a dependência em relação ao setor privado, a deteriorar a imagem do sistema público e a facilitar a penetração das companhias de seguros, cuja importância é crescente.

Por outro lado, a escassez de enfermeiras, numa época de crescimento da oferta de emprego no setor público da saúde, aliada ao atrativo que oferece a Atenção Primária, por causa das melhores condições de trabalho e salários, estão criando problemas sérios para os hospitais, que são obrigados em alguns lugares a fechar setores durante as férias. O desgaste do pessoal torna-se visível com o maior absenteísmo e abandono precoce da profissão. Recorre-se com freqüência à dupla jornada, com a compatibilização de dois ou mais empregos no setor público e/ou privado e sua conseqüente repercussão sobre o rendimento profissional.

Estes quase dez anos de Reforma Sanitária implicaram progressos indubitáveis no desenvolvimento de um sistema sanitário público baseado no modelo dos Serviços Nacionais de Saúde. Mas não podemos considerar que o processo reformador esteja fechado ou completo; ao contrário, está exposto às pressões que exercem forças diferentes e/ou antagônicas. Os governos das Comunidades Autônomas atuam com o discurso da *flexibilidade necessária* para manter os princípios de eqüidade, eficiência e efetividade num cenário em transformação, determinado pelo envelhecimento da população e a contenção do gasto público, e condicionado pela influência mercantilista dos segmentos mais privatistas do setor.

Descentralização e participação

Como dissemos antes, com a Constituição espanhola de 1978 estabelecem-se os princípios do Estado das Autonomias e são criadas dezessete

Comunidades Autônomas. Cada uma delas deve constituir seu próprio Serviço de Saúde e responsabilizar-se por sua gestão. O Serviço está integrado por todos os estabelecimentos da Comunidade Autônoma e suas instituições[2] e quaisquer outras administrações territoriais intracomunitárias. O Instituto Nacional da Saúde — INSALUD é transferido para as Comunidades Autônomas cujo Estatuto assim o estabeleça. Nesse caso se inclui a totalidade dos recursos, permanecendo a titularidade do patrimônio em poder da Seguridade Social.

Cada Serviço de Saúde da Comunidade Autônoma está regionalizado em dois níveis de complexidade: as Áreas de Saúde, compreendendo de duzentos mil a 250 mil habitantes, com exceção dos territórios insulares, que podem ter populações menores; e as Zonas Básicas de Saúde, com população oscilando entre cinco mil e 25 mil habitantes.

Esse é o marco territorial da Atenção Primária, que se leva a cabo em centros integrais de saúde, ao passo que cada Área de Saúde conta com pelo menos um hospital geral.

É importante observar que as demarcações administrativas do Sistema de Saúde não coincidem necessariamente com as divisões político-administrativas do Estado, isto é, municípios ou províncias. Este traço condiciona o desenvolvimento da Reforma ao afastar, conceitual e organicamente, o Sistema de Saúde das bases constitutivas do poder municipal, de modo que a *descentralização* administrativa (desconcentração de recursos?) não coincide com o espaço político em que se concretiza a descentralização do Estado no plano local. Isso condicionará a modificação da estrutura de poder no setor e, por conseguinte, a evolução do controle social nas instituições sanitárias.

A participação da população no Serviço de Saúde se dá por lei por intermédio dos Conselhos de Saúde de Área, os quais, como os Conselhos de Saúde de Zona, têm caráter assessor. Cada Conselho está constituído por 50% de cidadãos representados através dos *Ayuntamientos* e 25% das organizações sindicais, representados por profissionais sanitários diplomados, cabendo o restante à Administração Sanitária da Área de Saúde.

O órgão gestor do Serviço de Saúde é o Conselho de Direção da Área, ao qual corresponde formular as diretrizes em política de saúde — plano de saúde — e controlar a gestão da Área. Aqui a representação dos usuários não é paritária — 40% — e sua escolha corresponde às Corporações locais. A Comunidade Autônoma tem representação de 60% no Conselho de Direção.

Apesar dos sete anos transcorridos desde a aprovação da Lei, esses Conselhos não funcionam. Existem unicamente experiências de criação e funcionamento de Conselhos de Saúde de Zona, com resultados díspares mas caracterizados por uma participação principalmente instrumental.

Embora com poder executivo, por serem presididas pelo prefeito no âmbito municipal, e o governador civil na província, as antigas Juntas Municipais e Provinciais de Saúde, equivalentes a Conselhos de Saúde, não foram substituídas, e há atualmente um vazio de poder associado a importante conflito de competências por causa em boa parte da não implementação das normas reguladoras da relação entre as Corporações e o Sistema Nacional de Saúde. Paradoxalmente, com a Reforma Sanitária os municípios perderam o pouco poder que exerciam sobre os serviços de saúde. Porém inexiste movimento para reivindicar mais controle sobre os serviços. Ao contrário, a tendência geral, exceto em Comunidades como a Catalunha, é ceder hospitais e serviços ao INSALUD ou ao Serviço Regional de Saúde, pelos problemas de financiamento que geram.

No INSALUD existem, em nível central e em cada província, as chamadas Comissões Executivas, constituídas por representantes dos sindicatos, dos empresários e da administração sanitária, presididas pelo diretor do INSALUD no nível correspondente. Esses órgãos de representação também perderam legitimidade e não funcionam na prática, pois se admite que o controle social e administrativo deve ser desempenhado pelas novas estruturas previstas na Lei Geral de Saúde de 1986 — os Conselhos de Saúde e os Conselhos de Direção de Área.

Se o Sistema Nacional de Saúde não favoreceu a articulação e a participação popular, por meio dos órgãos previstos na lei mas não criados, tampouco na sociedade civil há movimentos importantes que reivindiquem espaços para essa participação. Além de observar-se declínio nas mobilizações, as pessoas estão mais preocupadas com temas relacionados à situação econômica, ao desemprego, à habitação, aos problemas urbanos, à ecologia, à insegurança etc. que com o funcionamento dos serviços de saúde.

Nos últimos meses, o problema das listas de espera para intervenções cirúrgicas vem provocando muito mal-estar, chegando a criar-se *associações de usuários em listas de espera* a fim de pressionar a administração.

As centrais sindicais Comissões Operárias e União Geral dos Trabalhadores manifestaram-se com veemência contra as ameaças de privatização do setor saúde e os cortes nos gastos sociais. Contudo, no INSALUD e entre médicos e enfermeiros, o sindicato majoritário é o CEMTSATSE — Confederação Espanhola dos Sindicatos dos Médicos, dos Auxiliares Técnicos Sanitários da Espanha, que protagonizou as mobilizações mais importantes do setor em defesa de reivindicações fundamentalmente corporativistas, fortalecendo-se por sua eficácia no confronto com as autoridades setoriais. É uma organização favorável a maior abertura do Sistema Nacional de Saúde ao subsistema privado e à mercantilização do setor.

Na prática sindical, em geral, ainda não se observa a transformação político-ideológica necessária para incorporar a defesa da Reforma Sanitária como algo que vá além da ameaça à estabilidade empregatícia ou econômica dos trabalhadores. É possível que o discurso dos sindicatos de classe apresente reivindicações nesse nível, mas sua prática ainda gira em torno da relação empregado/empresário, neste caso a administração sanitária e seus dirigentes.

Ainda há importante caminho a percorrer no desenvolvimento de princípios técnicos, políticos e ideológicos que acompanhem uma nova prática, mais participativa e democrática, com abordagem técnico-operacional mais condizente com o avanço buscado pela Reforma Sanitária. A gestão mais transparente, a revalorização do indivíduo e o tratamento condigno dos usuários são alguns dos grandes desafios na transformação dos serviços de saúde, em contraposição à despersonalização no tratamento do ser humano, ainda tão habitual nas instituições públicas.

Financiamento do sistema nacional de saúde: o público e o privado

Os redatores do anteprojeto da *Ley General de Sanidad* basearam o sistema de financiamento do Sistema Nacional de Saúde nos Orçamentos Gerais do Estado, complementado com aportes das Comunidades Autônomas e das instituições locais, rechaçando o financiamento baseado nas contribuições sociais por considerá-lo regressivo. Previa-se participação crescente do Estado no gasto público em saúde, que em 1979 era de apenas 23%, com o restante financiado pelas contribuições previdenciárias (Elola, 1991).

O debate manteve-se entre orientar a Reforma Sanitária para um modelo de Seguro-Saúde ou de Serviço Nacional de Saúde, optando-se pelo segundo, mas com manutenção das fontes de financiamento anteriores à Lei. Estabeleceu-se a progressiva diminuição dos aportes da Seguridade Social e o aumento qualitativo da participação do Estado, que no orçamento de 1992 constituiu 69,03%, procedendo 27,22% das contribuições sociais (Ministerio de Sanidad, 1992). Persistiram, contudo, ambigüidades importantes que dificultaram o financiamento da Reforma Sanitária.

Tomando em conta as transferências do Estado às Comunidades Autônomas e a criação dos Serviços Regionais de Saúde, a lei estabeleceu cinco fontes de recursos: Tesouro Nacional, Seguridade Social, instituições locais, Comunidades Autônomas e rendas por serviços prestados a terceiros. A lei contempla, portanto, um sistema complexo de financiamento do Sistema Sanitário Público, que se complica com os desvios orçamentários do INSALUD, difíceis de calcular mas que, segundo reco-

nhece esse organismo, alcançam 10% do orçamento anual inicial. A acumulação dessas dívidas nas Comunidades Autônomas com o INSALUD transferido, gera um importante déficit oculto, além de distorcer o funcionamento normal dos serviços e a implementação das mudanças da Reforma Sanitária.

Desde o início da reforma o financiamento passou, segundo Elola (1991), por dois períodos: 1982-1986 e 1986-1989. O primeiro período baseia-se quase exclusivamente no controle do gasto do INSALUD baseado na restrição orçamentária. O gasto real por pessoa protegida sofreu redução de 7,5%, ao passo que no segundo período houve aumento importante, de 28%. Em 1987, o gasto de saúde por habitante na Espanha foi de 521 dólares (Domínguez et al., 1991).

O gasto público em saúde em relação ao PIB teve evolução regular: 4,5% em 1981; 4,66% em 1988; e 5,17% em 1992 (Ministerio de Sanidad, 1992). Além disso, situou-se em torno de 80% do gasto total com saúde no país. Este, por sua vez, em relação ao PIB, alcançou 6% em 1981 e 6,3% em 1988. Já nos países da Comunidade Européia o gasto total destinado à saúde foi em média de 7,3% do PIB em 1987 ao passo que o gasto público representou 5,6% do PIB (Domínguez et al., 1991). Com essas cifras a Espanha situa-se, portanto, um ponto abaixo da maioria dos países da CEE e com níveis de saúde equivalentes ou superiores.

Contudo, as restrições do primeiro período tiveram custos políticos e econômicos que afetaram o esperado aprimoramento da eficiência (Elola, 1991).

No período seguinte, que coincide com a segunda legislatura do PSOE, o aumento do gasto do INSALUD deveu-se em boa parte a problemas derivados da etapa anterior: aumentos salariais pendentes, custos financeiros da dívida acumulada, falta de uma política eficaz de incentivos para o pessoal e elevação da cobertura do sistema público de saúde, entre outros fatores.

Podemos distinguir um terceiro período ainda em curso que corresponde ao programa de convergência econômica do governo espanhol e determinado pelas condições estabelecidas nos acordos de Maastricht para a Convergência Européia.

A redução do déficit público a 1% do PIB, contra os 3% exigidos em Maastricht, afetará o conjunto da administração pública, aumentando a disputa entre outros gastos alternativos e o sanitário (Martín, 1992). Em 1992, o déficit público era de 4,7% sobre o PIB; para o exercício de 1993, o Governo previa que chegaria no ano a 3,3% do que fora inicialmente orçado; estima-se, contudo, que chegará a 7,2% (Guillén, 1993).

Nesse difícil processo, o governo do PSOE estabelece orçamentos em que os gastos sociais e de saúde mantêm relativa prioridade. Enquanto

no orçamento de 1992 os gastos de defesa diminuíram em torno de 9%, os gastos em pensões e salário-desemprego e incentivos ao emprego subiram, respectivamente, 16% e 22,4%. Em 1992 o gasto com saúde aumentou 12,8% em relação a 1991 e em 1993 aumentou 15,5% com respeito ao ano anterior. Todavia, o orçamento para 1994 mostra crescimento de apenas 6,5% (Ministerio de Sanidad, 1992). Descontada a inflação — cerca de 4% a 5% ao ano — e o pagamento da dívida acumulada, essas variações significam que o crescimento foi inferior, estimando-se para 1994 queda real de 2,67% sobre o orçado em 1993. Os menores recursos disponíveis muito provavelmente vão ocasionar acumulação da dívida e, em conseqüência, aumento do déficit público.

Acredito que não se manterá o esforço realizado durante o segundo período indicado. A Reforma Sanitária poderá chegar em breve ao fim, a menos que o processo passe rapidamente por uma reorientação para acentuar a descentralização, modernizar as estruturas de gestão com critérios que contemplem a eficiência mas promovam incentivos, contemplar a base epidemiológica no planejamento sanitário e desenvolver o controle social do Sistema Sanitário. O que acontece na Itália pode ser prelúdio do que ocorrerá na Espanha, com a drástica redução das prestações sanitárias anunciadas pelo governo do socialista Amato (*El País*, 1992). Isso pode excluir vinte milhões de famílias do Sistema Sanitário Público, ao se restringir o acesso apenas às famílias de baixa renda.

1. Gastos em atenção primária e atenção especializada

No período 1990-1992 o gasto em atenção primária representou cerca de 17% do gasto total em assistência à saúde (INSALUD, 1992). Esta cifra é substancialmente inferior à do conjunto de países da Comunidade Européia, nos quais se situa em torno de 21% (CEE, 1988). Em pesetas constantes, o gasto manteve-se invariável entre 1982 e 1991, passando de 4.426 a 4.376 pesetas *per capita*, respectivamente, embora em 1988 tenha ocorrido a cifra mais alta, 4.852 pesetas constantes (equivalentes a 7.903 pesetas correntes) (INSALUD, 1992). Esses dados excluem os gastos de farmácia e referem-se ao território INSALUD não transferido.

Se se considera a evolução dos gastos com pessoal e bens de serviço em atenção primária e especializada no período 1980-1988, fica clara a grande diferença a favor da segunda: nesta o gasto com pessoal cresceu 34%, ao passo que com atenção primária aumentou somente 13%. Posteriormente houve melhoria relativa da situação da atenção primária, com a prioridade dada pelo governo central à ampliação da cobertura do novo modelo. Dessa maneira, em 1992 a proporção do orçamento

destinada à atenção primária foi de 27,1% ao passo que a atenção especializada recebeu 69,1% (INSALUD, 1992).

Quanto aos gastos com farmácia, aumentaram 75% entre 1985 e 1989, com crescimento anual de 18%. Apesar das medidas de racionalização no uso de medicamentos no período 1991-1992, esse gasto cresceu 26,4%, o que é atribuído ao aumento do custo médio por receita e não à boa ou má utilização do medicamento pelos médicos. Este capítulo representou 16% do orçamento total do INSALUD em 1992 (Ministerio de Sanidad, 1992).

2. *O público e o privado*

O setor privado de assistência à saúde tem sido pouco relevante na Espanha, como mostra a porcentagem do gasto privado com saúde em relação ao total nacional, que foi de 20% em 1988, e mostra tendência à estagnação. Quanto aos leitos por mil habitantes, a rede pública detém 3,17 e a rede privada 1,41 (INE, 1991).

O setor privado é tecnologicamente muito inferior ao público, funcionando como complementar a este, exceto na Catalunha e, em menor medida, no País Basco e em Navarra, onde possui maior força e prestígio. Historicamente, contudo, não se caracterizou nem por seu espírito empresarial nem por sua transparência e eficácia (Peiró, 1991). No entanto, a busca de eficiência, a maior flexibilidade do sistema sanitário público e a pressão dos segmentos privatistas, acentuam a procura de complementaridade entre os setores público e privado. Tudo isso também é acompanhado de certa campanha destinada a deslegitimar os serviços públicos, mediante divulgação de fatos e notícias que deterioram sua imagem quanto à qualidade e eficiência perante os usuários e os próprios funcionários do setor.

A modernização e a concentração empresarial do setor, que caminha para formas mais competitivas, deverão ser favorecidas pela plena incorporação da Espanha à Comunidade Européia (Artells, 1991). O debate sobre o público-privado na política sanitária tem matiz medicalizado e economicista. O resgate do seguro-saúde reaparece com certa força quando uma dezena de empresas concentra 70% do volume de atividade e arrecadação do subsetor (Artells, 1991) e 15% da população tem algum seguro-saúde, paralelamente à condição de usuária do sistema público.

Segundo seus defensores, entre os quais se encontram profissionais de grande prestígio e influência na política sanitária espanhola, pretende-se recuperar a eficiência e os incentivos que os sistemas sanitários teriam perdido com a universalização, esquecendo-se uma questão chave: se no contexto atual isso é possível, mantendo-se a eqüidade alcan-

çada (Guillén, 1993). Em geral, coloca-se o financiamento público como condição necessária para a eqüidade, junto com a adoção de estratégias adequadas, a exemplo da criação de condições para a incorporação de mecanismos de concorrência e descentralização. Experiências concretas, que introduzem elementos de concorrência, implementam-se em áreas distintas do Estado e suas conclusões indicam que se pode aprimorar a eficiência na administração dos recursos sanitários (XIII Jornadas de Economia da Saúde, 1993).

Os questionadores do novo modelo e partidários da abertura da escolha de médico ao setor privado contam na Espanha com a Mutualidade de Funcionários da Administração Civil do Estado — MUFACE, cujos afiliados podem escolher entre o sistema público ou as companhias de seguros privadas, conveniadas por aquele. Essa Mutualidade, constituída basicamente pelos funcionários da área de educação, reúne apenas 3% dos 96% da população total coberta pelo sistema público de saúde. Esta situação é clara indicação dos caminhos que se pretende seguir e sua evolução poderá servir para avaliar as tendências no cenário da Reforma Sanitária espanhola.

O apogeu dos consultórios privados de clínicos gerais e, principalmente, de especialistas, é um que vem sendo constatado ultimamente. Talvez seja uma expressão das longas listas de espera nos hospitais ou nos ambulatórios de atenção especializada, ou quiçá o fruto do tratamento dispensado nas instituições. Em muitas zonas do país, é comum a espera de dois a quatro meses para uma consulta de traumatologia, ginecologia ou oftalmologia, e de um mês para cardiologia ou qualquer outra especialidade. A falta de incentivo econômico nos hospitais é motivo fundamental que está levando os especialistas a montar consultórios ou oferecer serviços a clínicas ou companhias privadas de seguros, combinando essa atividade, na maioria dos casos, com o trabalho no centro público. Apesar disso, o governo não parece decidido a aumentar os incentivos nem a incompatibilizar o emprego público com a atividade privada, o que seria desejável antes de abrir as portas dos mercados internos.

O processo contra-reformista: o relatório Abril Martorell

Em 25 de janeiro de 1990, a câmara dos deputados aceitou proposta do grupo parlamentar do Centro Democrático e Social (CDS) para constituir comissão de especialistas com propósito de rever o Sistema Nacional de Saúde e *adaptá-lo às tendências do ambiente europeu* (Informe Abril Martorell, 1991). A comissão foi presidida pelo ex-vice-presidente do go-

verno de Adolfo Suárez, Fernando Abril Martorell, emitindo relatório um ano depois de constituída, a exemplo do relatório Griffith no Reino Unido. Incluiu recomendações que aparecem num momento em que a sociedade espanhola exige modificações para melhor funcionamento dos serviços de saúde.

Segundo analistas como Vicente Navarro, algumas das recomendações da comissão representam uma das reformas mais radicais na Europa ocidental (Navarro, 1991). O relatório define a situação como *final evolutivo de um sistema centralizado e rígido que é insuficiente para resolver os problemas atuais e futuros dos serviços sanitários [...] no qual se reproduziram as tendências do centralismo e da burocratização.*

Entre as recomendações que consideramos mais relevantes, destacamos as seguintes:

— A separação absoluta das incumbências da área de saúde em matéria de assistência médica, mantendo unicamente as responsabilidades com saúde pública, promoção e prevenção da saúde, com orçamentos específicos e totalmente diferenciados da primeira.

— Instauração de espécie de conselho de gerência de área que administraria o orçamento da assistência médica e a compra de serviços de fornecedores públicos e privados de serviços de saúde.

— Os centros sanitários se converteriam em Entidades Públicas, com autonomia patrimonial e financeira, submetidas ao direito privado.

— As áreas de saúde seriam financiadas por critérios *per capita,* separando-se a função de financiamento e compra da de produção de serviços.

— Cada centro teria autonomia para contratar seu pessoal, em regime trabalhista, entre candidatos habilitados ou credenciados, cuja remuneração seria determinada pelos incentivos.

— Seria ampliado e modernizado o setor privado das mutualidades e companhias de seguros, incluindo-se as prestações farmacêuticas.

— Todos os centros de fornecimento de serviços faturariam por serviço e apresentariam a conta ao organismo provedor: INSALUD, serviço regional de saúde, mutualidades ou companhias de seguro etc. Propõe-se que isso se faça no INSALUD, ainda que de maneira simbólica, pela modalidade de *fatura-sombra* dos serviços prestados ao paciente, valorizando-se assim seu *valor pedagógico.*

— Manter o financiamento da saúde por meio dos Orçamentos Gerais da nação como fonte principal de recursos, mas em nenhum caso reduzir o nível atual das contribuições da Seguridade Social e de outras fontes de rendas.

— Propõe-se a participação dos usuários, ainda que minoritária, no pagamento dos serviços *(ticket moderador).* O objetivo seria aumentar a percepção quanto aos custos e criar o sistema de faturamento.

— Recomenda-se como regra geral, ainda que admitindo exceções, a participação de todos os usuários, mesmo pensionistas, no custeio dos medicamentos.

Sem dúvida alguma, o relatório Abril Martorell abriu debate profundo e premente acerca de uma contra-reforma que provavelmente teve início mesmo antes de a Lei Geral de Saúde ser aprovada, em 1986. As reações dos distintos atores sociais mostraram a rejeição dos setores sindicais, coletivos de pensionistas e forças de esquerda, que vêem no relatório a explicação da derrubada das conquistas do Estado de Bem-Estar espanhol, no momento em que o país parece atravessar a crise econômica mais importante dos últimos trinta anos.

Muitas das propostas, contudo, há tempos eram necessárias para adaptar as estruturas rígidas do aparelho burocrático do Estado a formas de organização mais dinâmicas, democráticas e eficientes.

A implementação da Reforma nos moldes originais implica, de qualquer modo, riscos importantes para todos os atores do setor quanto a segurança, remunerações e *status*, entre outros pontos; e as estratégias de mudança geram conflitos no cenário de poder compartido em que o governo tem sido obrigado a mover-se. Neste momento, o caminho da Reforma Sanitário é percorrido a passos lentos nos distintos Serviços Regionais de Saúde e nas regiões geridas diretamente pelo ministério. Com erros e acertos na arena política do setor, há avanços e retrocessos. Mas o processo descentralizador e democratizante espanhol estabeleceu as condições necessárias para viabilizar transformações reordenadoras nos serviços, o que por sua vez favorece mudanças na estrutura de poder técnico, administrativo e político (Testa, 1992), dentro e fora do sistema nacional de saúde.

Neste fim do século, em que felizmente não dispomos de modelos a seguir, desejamos *reafirmar o caráter processual das Reformas Sanitárias, o que implica, em cada conjuntura ou etapa, voltar a criar as condições de consolidação do pacto democrático, o aprofundamento das instituições e práticas sociais de atenção à Saúde* (Carta de Fuerteventura, 1991).

Notas

[1] Denominação da divisa da União Européia, hoje equivalente a aproximadamente 1,13 dólares americanos.

[2] Cabildos Insulares ou *Diputaciones* e *Ayuntamientos*.

Bibliografia

ALEMAN, J. A. (1994) *Diario de Las Palmas*, 31 de Enero.

ARANGUREN, J. L. (1990) Congreso de política y filosofía moral. *El País*, 29 de Marzo.

ARTELLS, J. (1991) *Futuro del sector privado sanitario. La aceptación de lo evidente*. XI Jornadas de Economía de la Salud. Alicante.

CARTA DE FUERTEVENTURA (1991) Seminario Internacional sobre Reformas Comparadas. Asociación Canaria de Medicina Social. Fuerteventura.

COMISION DE ANALISIS Y EVALUACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991). Informe y recomendaciones. *Informe Abril Martorell.*

COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA (1988) *Los regímenes sanitarios en la CEE.*

COSTAS, L. E. (1992) El dogma de los centros de salud. *El País*, 24 de Junio.

DOMINGUEZ, M. J. et al. (1991) *La dinámica del gasto sanitario en los países de la OCDE y en España: un análisis comparado*. XI Jornadas de Economía de la Salud. Alicante.

ELOLA, S. J. (1991) *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria en España: 1983-1990*. Madri, FISS.

Full Economics (1993) Editorial "La economía productiva", n.º 19, Julio-Septiembre.

GUILLEN, L. (1993) La transición de los sistemas sanitarios públicos universales a los sistemas nacionales de seguros. *Fulls Economics*. Informe.

JUSTICIA, F. (1994) *El Mundo*, 31 de Enero.

MARTIN, M. J. (1992) *Política de convergencia económica y reforma sanitaria: algunas reflexiones*. XII Jornadas de Economía de la Salud, Madri.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1992) *Presupuestos INSALUD. Seguimiento de presupuestos de atención primaria*. Madri.

NAVARRO, V. (1991) Comentarios sobre el informe de la Misión Abril Martorell. *Salud 2000* (33):7-18.

NIETO, S. J. A. (1993) Maastricht: anatema o talismán. *Anuario El País.*

O'SHANAHAN, J. J. (1979) Um centro de salud para el desarrollo: Tirajana 1976-1980. *Rev. Higiene y Sanidad Pública*, año LII, Novembre-Diciembre.

PEIRO (1991) *Hospitalización privada en la comunidad valenciana. Exploración de fuentes de complementariedad con el sector público*. XI Jornadas de Economía de la Salud. Alicante.

PORTELLA E. & CUERVO, J. J. (1989) Análisis del proceso de implantación de la reforma sanitaria en España. In *Salud pública y países industrializados*. (Gaceta Sanitaria. Monografia 1). Barcelona, Masson S.A.

SCHNEIDER, M. (1992) *Tendencias en la convergencia de sistemas de atención sanitaria en la CEE*. XII Jornadas de Economía de la Salud. Madri.

TESTA, M. (1992) *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas/ABRASCO.

O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
MARIA ALICIA DOMÍNGUEZ UGÁ

Este capítulo é dedicado à análise do caso paradigmático do modelo de sistema de saúde baseado no seguro privado, ardorosamente defendido, a partir dos anos 80, por importantes atores sociais como a panacéia para a organização da atenção da saúde em vários países.

Como se sabe, os anos 80 foram palco de profundas rupturas e transformações que atingiram praticamente todos os elementos constitutivos das organizações sociais e das relações que entre elas se estabelecem. Essas transformações incluíram não só a tecnologia e a organização e divisão do trabalho, mas a ideologia e a ordem político-econômica mundial. É nesse contexto que ganhou espaço progressivamente o paradigma neoliberal, baseado na defesa de três questões centrais: *a)* a superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação de recursos; *b)* o lugar central do indivíduo na sociedade e *c)* a priorização da liberdade de escolha e da diferenciação dos indivíduos em detrimento da igualdade (Ugá, 1994).

Entretanto, como se observará ao longo deste estudo, os argumentos neoliberais, fundamentados no individualismo, perdem força à luz dos problemas hoje enfrentados pelo sistema de saúde norte-americano. No mercado da saúde atuam agentes com poder de estabelecer preços que se afastam muito do que ensinam os manuais de economia acerca dos mercados concorrenciais, tendo em vista que, nesse campo, é a oferta que induz a demanda, dada a insuficiência de informações do consumidor de serviços de saúde. Por outro lado, a liberdade de escolha é regida, fundamentalmente, pelo bolso do consumidor, o que determina profundas diferenças no acesso à atenção à saúde. Dessa forma, defrontamo-nos com o sistema que exibe maior gasto *per capita* dentre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, ao

mesmo tempo, taxas de cobertura e indicadores epidemiológicos fortemente insatisfatórios.

O capítulo destina suas duas primeiras seções à análise dos antecedentes e da configuração atual do sistema de saúde estadunidense, passando a discutir, na terceira, as principais propostas de reformulação do sistema que, dada a magnitude do problema por ele configurado, ocupam hoje corações e mentes da sociedade norte-americana.

I — Antecedentes

1. Origens do sistema de saúde norte-americano

Respeitando os princípios do Individualismo em que se apóia o ideário liberal, que legitimam os resultados do processo do mercado com base na *diferenciação dos indivíduos*, no *risco* e na *eficiência do mercado* na alocação de recursos, desde o seu início, a atenção à saúde foi vista, nos E.U.A., como problema de caráter individual. Nesse sentido, somente aos incapazes de competir no mercado, aos *poors* (isto é, os pobres, os inabilitados, os órfãos e os idosos que não tivessem logrado poupar ao longo de sua vida) se destinaram ações específicas, promovidas por instituições de caridade e, secundariamente, pelos governos locais.

É dessa forma que, a partir de meados do século XVIII, se estabeleceu uma rede hospitalar constituída fundamentalmente de unidades mantidas por comitês comunitários de caridade (laicos) que, em muitos casos, passaram a ser operadas pelos municípios e condados e, com muito menor freqüência, pelo governo federal. Um século depois, ganharam importância os hospitais mantidos por instituições religiosas ou étnicas mediante contribuições voluntárias, e os destinados à atenção de grupos específicos, como os materno-infantis.

Como afirma Starr (1991), apesar da existência de variações regionais, os sistemas hospitalares metropolitanos guardavam muita semelhança em sua estrutura:

"Na sua parte central estavam as instituições maiores, a elite de hospitais voluntários e os hospitais municipais. Os hospitais étnicos, religiosos e especiais eram pouco menores e menos centrais (tanto funcional quanto geograficamente), ao passo que as instituições concessionadas e médicas sectárias tipicamente eram as menores e situadas na periferia do sistema. Cada grupo de hospitais tinha suas funções características, suas estruturas organizacionais, seus pacientes e seus métodos de financiamento" (tradução livre).

É somente no final do século passado que surgem os hospitais privados

com fins lucrativos, fundamentalmente voltados à prática cirúrgica. Cabe destacar, entretanto, que, uma vez que se comprometessem a prestar gratuitamente parte de seus serviços à população carente, esses hospitais adquiriam formalmente a natureza "não lucrativa", a qual lhes proporcionava, por um lado, o acesso a subsídios públicos e, por outro, a isenção de pagamento de tributos. Esse é um fator determinante para o fato de que, como se verifica no Quadro 1, o setor saúde norte-americano seja, até hoje, preponderantemente constituído por hospitais *não lucrativos*, nesta sua peculiar definição.

Quadro 1
Número de estabelecimentos e leitos em hospitais gerais por tipo de controle. E.U.A., 1991

Prestadores	Hospitais		Leitos	
	Número	(%)	Número	(%)
Privado não lucrativo	3.066	56,0	645.237	65,7
Privado lucrativo	671	12,3	94.379	9,6
Públicos locais	1.343	24,5	142.274	14,5
Públicos estaduais	87	1,6	23.877	2,4
Públicos federais	304	5,6	76.271	7,8
Total	5.471	100,0	982.038	100,0

Fonte: American Hospital Association (1992) *Hospital Statistics, 1992-1993 Edition*. Chicago, AHA.

No que tange às ações de saúde coletiva, elas ganharam organicidade nos E.U.A. em meados do século XIX, mais especificamente após a guerra civil de 1865, quando se consolidaram os departamentos de saúde locais e estaduais, com a função precípua de controlar epidemias. Note-se que esse papel estava, até então, predominantemente em mãos de associações comunitárias.

Embora nesse momento ainda prevalecesse a racionalidade higienista e, como aponta Starr (op. cit.), a saúde pública "vinculava-se mais estreitamente com a engenharia do que com a medicina", na sua atuação basicamente voltada a "limpar o meio". Uma vez identificados agentes de transmissão cujo vetor é o indivíduo, a atenção médica ganha relevo nas ações de saúde pública, no intuito de diagnosticar e curar os portadores de doenças transmissíveis.

Proliferaram, assim, os "dispensários", muitas vezes vinculados às es-

colas de medicina, que contavam com serviços gratuitos de médicos e estudantes. Entretanto, a partir do momento em que o *locus* da prática médica se deslocara preponderantemente para o hospital, esses dispensários perderam o apoio das escolas, tendo que recorrer, então, à cobrança dos serviços prestados a pacientes que pudessem pagar.

Por outro lado, é interessante observar que a ambivalência da prática médica pública e privada deu lugar a progressivas pressões visando a intervenção do Estado, por meio dos departamentos de saúde, no sentido de regular as fronteiras desses dois setores, isto é, delimitar o campo de atuação da saúde pública. Da divisão do trabalho (ou melhor, de mercados) resultante desse processo, o Estado assumiu, além do tradicional controle de doenças transmissíveis (tuberculose, doenças venéreas), os serviços de diagnóstico e de educação sanitária, repassando ao setor privado a prestação de serviços de natureza curativa. Consolida-se, dessa forma, a artificial separação entre medicina preventiva e curativa.

2. *O surgimento de organizações empresariais no âmbito da assistência médico-hospitalar*

No início do século XX, indústrias e empresas comerciais de maior porte deram início a um processo de contratação de serviços médicos para a manutenção da saúde de seus trabalhadores. Esse sistema foi objeto de pressões contrárias, tanto das sociedades médicas, que criticavam a deterioração do valor do trabalho médico (dado que os profissionais contratados para a atenção a esses grupos específicos recebiam honorários inferiores aos praticados nos seus consultórios particulares), como dos trabalhadores, insatisfeitos pelo fato de que, apesar de sofrerem deduções nos seus salários, não tinham direito à livre escolha do médico. Dessa forma, no frágil modelo de proteção social norte-americano, o primeiro item de custos a ser cortado em momentos de contração dos lucros das empresas era esse sistema de atenção à saúde dos trabalhadores.

A organização empresarial dos próprios prestadores de serviços médico-assistenciais — isto é, a *medicina de grupo* — surgiu, incipientemente, no final do século passado, a despeito da legislação contrária à participação de corporações na prática comercial da medicina. Para superar essa restrição, essas empresas eram formalmente controladas por profissionais de outras áreas, embora fossem verdadeiramente criadas por grupos de médicos. Inicialmente restritas aos serviços de seus proprietários (que aportavam, portanto, trabalho e capital), elas foram progressivamente contratando outros médicos. Dessa forma, introduziram modificações importantes tanto nas relações entre esses membros de uma

mesma categoria profissional como na empresa médico-assistencial, tendo em vista que consolidaram a organização lucrativa e hierárquica da prática médica.

O mesmo processo se deu em relação aos hospitais, que se associaram em grupos e, evidentemente, passaram a exercer pressões para redução dos honorários médicos. Entretanto, a despeito das resistências da corporação médica, as associações de hospitais desenvolveram-se (ainda que de forma incipiente), pois muitos profissionais se sujeitaram às condições de pagamento por elas impostas, dado que, em contrapartida, passariam a ser remunerados pelos serviços prestados a pacientes de baixa renda.

Dessa forma, se, por um lado, mediante esse sistema os médicos abriam mão do nível de honorários percebidos na sua prática individual, por outro ampliavam seu mercado, dado que absorviam progressivamente a clientela dos serviços hospitalares vinculada a essas associações. Ademais, como afirma Starr (op. cit.), eles passam a assumir função estratégica no processo de acumulação dos estabelecimentos hospitalares, tendo em vista que "estes dependiam cada vez mais dos pagamentos dos pacientes do que de legados e doações" e, assim, "necessitavam dos médicos para ter ocupados os seus leitos".

Ainda no início deste século, esses dois tipos de associações passaram a oferecer planos de atenção médica ou hospitalar a grandes grupos de consumidores. Assim, principalmente as associações de médicos eram contratadas por empresas (para a cobertura dos seus trabalhadores) e também por sindicatos e associações de consumidores, mediante pagamento de taxa fixa anual *per capita*. Nesses sistemas se situam as origens dos famosos planos *Blue Cross* e *Blue Shield*, apresentados sucintamente a seguir.

3. *A consolidação do sistema de medicina de grupo*

Deve-se mencionar que os planos iniciais de medicina de grupo acima referidos, embora acomodassem circunstancialmente os interesses de médicos e hospitais, foram objeto das mais variadas insatisfações, seja por parte desses profissionais (que preferiam, evidentemente, o pagamento por ato, em vez de um valor monetário fixo independente da quantidade de serviços prestados), seja por parte dos consumidores, para os quais seria mais vantajoso possuir plano de livre escolha. Nesse sentido, não se desenvolveram de forma significativa.

Entretanto, surge em 1929 um fator determinante para consolidação dos sistemas de medicina de grupo: a Grande Depressão dos anos 30, que introduziu severas limitações para o financiamento do setor privado médico-hospitalar. Por um lado, as doações com que tradicionalmente

contavam os hospitais comunitários tornaram-se muito mais escassas e, por outro, a clientela com poder aquisitivo para pagar por serviços privados reduziu-se drasticamente. Dessa forma, mediante recursos fortemente contraídos, os hospitais deviam continuar enfrentando elevados custos fixos, situação que com freqüência lhes ocasionou importantes déficits financeiros.

Acresce-se a esse problema outro fator decisivo para consolidação desses sistemas privados de medicina de grupo: o crescimento, com a crise econômica, de segmentos populacionais não suficientemente pobres para obter serviços gratuitos (servindo de objeto de prática nos hospitais de ensino) nem suficientemente ricos para arcar com os custos da atenção médico-hospitalar privada, que se tornaram receptivos a planos de pré-pagamento.

Assim, em 1929 surge o plano de seguro saúde criado por um hospital de Dallas, destinado aos 1.250 professores dessa cidade. Tratava-se de sistema de pré-pagamento mensal, que dava direito a 21 dias de internação por ano, incluindo o uso do centro cirúrgico e de vários serviços auxiliares (Fein, 1989). Dado o êxito desse sistema, em estabilidade financeira que proporcionava ao hospital, ele foi rapidamente copiado e adaptado a novos arranjos organizacionais e financeiros.

Os planos, originalmente oferecidos a grupos por hospitais individuais, que brindavam a prestação direta de serviços mediante pagamento antecipado, de valor fixo, adquiriram progressivamente novo formato organizacional. Mediante essa inovação, por um lado, constituíram-se *grupos de hospitais* que ofereciam planos que, embora de cobertura restrita do leque de serviços que prestavam, se aproximavam mais da *livre escolha,* uma vez que era dada ao segurado uma gama de opções muito maior do que a que um só hospital poderia ofertar. Por outro, a instituição desses grupos requereu arranjos financeiros mais elaborados, isto é, fundos comuns a cada grupo, com características dos fundos de reserva de qualquer companhia seguradora.

Deve-se observar, ainda, que, pelo fato de possuir características de seguro (dado que mediante pré-pagamento de valor fixo mensal era garantido a cada beneficiário um nível de assistência à saúde contratualmente definido) esses planos de medicina de grupo deviam submeter-se à legislação específica de cada estado em matéria de seguros.

A resposta organizacional encontrada para evadir as restrições legais impostas a esse novo arranjo na prestação de serviços de saúde foi a criação de nova entidade jurídica: uma rede de empresas de natureza não lucrativa (e, portanto, isentas do pagamento de tributos), legalmente vinculadas ao setor hospitalar (e não ao securitário), denominada *Blue Cross.* Ao assumir seu caráter "não lucrativo", essa rede se comprometia, a partir de então,

a eventualmente prestar serviços hospitalares também à população de baixa renda. A regulação de suas atividades permaneceu sob a competência dos estados, de forma que, como afirma Fein (op. cit.), "os planos *Blue Cross* não eram nem nacionais nem universais".

Deve-se mencionar, ainda, um segundo formato institucional dos sistemas de seguro saúde, fruto do poder da corporação médica, representada pela *American Medical Association* (AMA). Insatisfeita com o sistema de pagamento dos médicos vinculados aos planos *Blue Cross*, em 1942, a associação passou a defender veementemente a desvinculação dos serviços médicos em relação a esses planos, restringindo-os apenas aos serviços hospitalares, e à criação de outro tipo de seguro saúde, desta vez auspiciado pelas sociedades médicas estaduais. O resultado desse processo foi a constituição dos sistemas *Blue Shield* que, contrariamente à proposta inicial da AMA, foram fundados por grupos de médicos (principalmente cirurgiões), que ofereciam serviços mediante pré-pagamento de valores fixos.

Entretanto, como destaca Starr (op. cit.), a solução adotada na maior parte dos estados não foi o confronto e a ruptura entre os dois sistemas, mas sua conjugação, na qual "sem dúvida, a *Blue Shield* era o sócio menor: mais da metade de seus planos eram administrados por *Blue Cross*", dado que a população dava prioridade à cobertura hospitalar e este último sistema já estava consolidado. Dessa forma, os planos *Blue Shield* tenderam a captar, preponderantemente, clientela com nível de renda insuficiente para adquirir os planos *Blue Cross*.

A progressiva expansão desses dois planos pôs em evidência a magnitude do mercado de serviços de saúde norte-americano. É sob a orientação desta bússola que, ao término da segunda guerra mundial ingressa nesse mercado outro tipo de empresa: a *securitária* propriamente dita. Diferentemente da anterior, que oferece "benefícios de serviços diretos" (isto é, segundo a classificação elaborada por Starr, a prestação de serviços pela própria empresa de seguro contratada, ou seja, isto é, o grupo hospitalar), trata-se, desta vez, de firmas financeiras seguradoras, que oferecem planos de *reembolso de gastos em atenção médica e/ou hospitalar*, diferenciados segundo o valor do prêmio.

Dessa forma, mediante oferta de planos "sob medida" (do bolso do segurado), essas empresas seguradoras contam com mercado potencial muito maior do que as dos planos *Blue Cross*, tendo em vista que conseguem incorporar um segmento da população de renda inferior à daqueles, que se sujeita a sistemas de cobertura mínima. Segundo informa Fein (op. cit.), em 1946 o sistema *Blue Cross* abrangia quase dezenove milhões de segurados, ao passo que as empresas do ramo financeiro cobriam 10,5 milhões, experimentando crescimento de 184% em relação ao

número de segurados no ano de 1941. Mantendo esse ritmo de expansão, em 1951 essas empresas já superavam o sistema *Blue Cross* em número de segurados: contando com quarenta milhões de pessoas inseridas nos seus planos, ultrapassavam este último em três milhões de segurados.

Deve-se observar, ainda, que essas companhias seguradoras absorviam, progressivamente, os planos de seguro de grupo destinados aos trabalhadores de determinadas empresas, as quais os preferiam pela variedade de opções que as seguradoras ofereciam, em contraposição à rigidez dos planos *Blue Cross* e *Blue Shield.*

Note-se que o seguro de grupo (sob os três formatos institucionais acima referidos) foi conquistando velozmente espaço na sociedade norte-americana, uma vez que atendia simultaneamente aos interesses das empresas e dos trabalhadores. Do ponto de vista destes últimos, seu atrativo residia no fato de que, além de reduzir o valor individual dos prêmios, os seguros de grupo barateavam seu acesso, dado que as empresas assumiam parte do pagamento. No que tange a estas, além de garantir, por meio desses planos, a higidez dos seus empregados, beneficiavam-se de isenções tributárias, tendo em vista que os valores pagos a esse respeito eram descontados dos impostos devidos.

Assim, ao mesmo tempo que das relações entre capital e trabalho resultava a crescente cobertura dos grupos de trabalhadores das empresas de médio e grande porte, ganhava forma e magnitude um problema que evidenciava a necessidade de alguma intervenção estatal: a desigualdade do sistema de proteção à saúde nos E.U.A., que excluía não só os grupos de alto risco, como os idosos, mas todos os trabalhadores desempregados ou vinculados a empresas de pequeno porte.

4. A conformação do sistema norte-americano de proteção à saúde

Ao término da segunda guerra mundial se intensifica o processo de negociação coletiva entre sindicatos e empresas de forma tal que, em 1958, *i)* aproximadamente dois terços da população norte-americana estava coberta por algum tipo de seguro saúde (embora com nível de proteção notoriamente desigual, tendo em vista a diversidade dos planos) e *ii)* dessa parcela atendida, a maior parte estava vinculada a um plano de grupo, contratado pela empresa. Os dados apresentados por Starr (op. cit.) são elucidativos a respeito: nessa época, enquanto a probabilidade de um trabalhador do setor industrial ter algum plano de seguro saúde era de 91%, no setor da construção civil caía para 65%, e na agricultura, silvicultura e pesca alcançava apenas 41%.

Um fator explicativo da quase completa ausência do sistema nacional de atenção à saúde na pauta de reivindicações dos trabalhadores norte-

americanos é, sem dúvida, o fato de que, naquele momento, os segmentos da força de trabalho com maior poder de pressão estavam, justamente por isso, já cobertos pelos melhores planos de seguro saúde.

Deve-se salientar, a esse respeito, que o sistema político estadunidense contém, desde os primórdios, importantes peculiaridades que o distanciam das nações que incorporaram o modelo *welfariano* de proteção social. É interessante notar que se, do ponto de vista da formação desse Estado, o sufrágio universal — ainda que restrito à população branca — tenha sido adotado antes mesmo da estruturação de instituições públicas nacionais, no que tange à sociedade civil, partidos de esquerda que defendessem a criação de um sistema nacional de saúde nunca chegaram a crescer de forma significativa. Conseqüentemente, embora a questão tenha surgido de forma tímida e intermitente entre os anos 30 e 60, sob inspiração dos *Welfare States* europeus, ela nunca teve repercussão na sociedade norte-americana. Até mesmo em plena crise dos anos 30, que deu origem ao *New Deal* promovido pelo Presidente Roosevelt, a questão da proteção social escapou nos E.U.A. das mãos do Estado que, como apontam Weir & Skocpol (1985), sempre se caracterizou por uma "administração nacional fraca e autoridade pública fragmentada e dividida", ficando, portanto, o restrito leque de políticas públicas de cunho social sob responsabilidade predominantemente local ou, quando muito, estadual.

No início dos anos 60, adquire maior vigor a discussão acerca da necessidade de uma reforma que ampliasse o acesso aos serviços de saúde à população descoberta (anciãos, desempregados e trabalhadores vinculados a pequenas empresas, dentre outros) e racionalizasse o modelo médico-assistencial que, em virtude da estrutura da oferta dos serviços, utilizava excessivamente as instalações hospitalares, em detrimento da rede ambulatorial (Starr, op. cit.).

Nesse sentido, o governo Kennedy acenou com uma reforma basicamente voltada à "atenção comunitária" baseada na instituição de seguro de saúde obrigatório, o qual, por um lado, atendia aos interesses dos hospitais vinculados ao sistema Blue Cross e, por outro, respondia às pressões trabalhistas para adoção do seguro obrigatório pelas empresas e às das organizações da sociedade preocupadas com atenção à saúde da população carente.

Entretanto, a reforma mais importante do sistema de proteção à saúde norte-americano só veio a ser implementada por seu sucessor, Lyndon Johnson. Assumindo o governo em 1963 declarando "guerra à pobreza", Johnson conseguiu a aprovação no Congresso de um *mix* resultante de diversas propostas de reforma, criando dois programas destinados a clientelas distintas, com níveis de cobertura e sistemas de financiamento

diferenciados. Trata-se dos famosos programas MEDICARE e MEDICAID, aprovados em 1965.

Enquanto o primeiro foi concebido sob o espírito do *seguro social* de responsabilidade do governo federal, o segundo configurou-se segundo os moldes típicos da *política assistencialista*, cujo acesso foi vinculado à apresentação de atestado de pobreza.

a) O Programa Medicaid

Este programa, de responsabilidade estadual, é financiado com recursos fiscais desta esfera de governo e também recebe transferências específicas federais, em proporção variada de acordo com o nível de pobreza do estado. Ele se destina exclusivamente à *população de baixa renda* (que deve comprovar condição de pobreza) e os serviços a ele vinculados são preponderantemente prestados por hospitais privados contratados pelos governos estaduais. Trata-se de programa com níveis de atenção e cobertura heterogêneos, dado que estes dependem da capacidade de financiamento e das diretrizes políticas de cada unidade da federação norte-americana.

b) O Programa Medicare

Diferentemente do Medicaid, este programa é assumido pelo governo federal, apresentando, portanto, regulamentação nacional uniforme no que diz respeito à população beneficiária, ao financiamento e aos benefícios por ele oferecidos. O Programa Medicare se destina à cobertura médico-hospitalar dos *aposentados*, isto é, a população maior de 65 anos (desassistida pelos seguros saúde das empresas, que só cobrem os trabalhadores em atividade — ou seja, enquanto contribuem ao sistema) e seus dependentes e aos portadores de doença renal terminal. Os serviços incluídos nesse Programa são prestados fundamentalmente por hospitais privados contratados e, mais recentemente, por número crescente de organizações do tipo de medicina de grupo, chamado *managed health care*, como as *Health Maintenance Organizations* (HMOs) e as *Preferred Providers Organizations* (PPOs), apresentados a seguir na Seção II.

Fruto da fusão de duas propostas prévias relativas à atenção médico-hospitalar desse segmento populacional (que se diferenciavam em abrangência dos benefícios e do seu sistema de financiamento), o formato definitivo do Medicare disposto pelo *Social Security Act* compreende dois sistemas de cobertura (um básico e obrigatório, e outro complementar, de adesão voluntária):

A "Parte A" do programa, de *adesão obrigatória*, cobre apenas par-

cialmente os gastos de *hospitalização*, tendo em vista que exclui alguns itens importantes e requer, ainda, o co-pagamento pelo usuário.

A cesta de produtos incluídos nesse sistema abrange os serviços e insumos utilizados no curso de uma internação, bem como os serviços de diagnóstico e de tratamento posterior à alta hospitalar (serviços de reabilitação, p.ex.) até cem dias após. Deve-se observar, entretanto, que esse sistema não cobre importante item do custo da hospitalização: os *honorários médicos*, que são *à custa do segurado*. Este tem direito a utilizar apenas os serviços dos médicos residentes do hospital vinculado ao Programa.

O financiamento desta "Parte A" do Medicare se dá mediante contribuições compulsórias de empregados e empresas sobre a folha de salários, existindo teto máximo de contribuição. Deve-se mencionar, ainda, que o sistema é co-financiado pelo usuário (isto é, o segurado que efetivamente utilize os serviços hospitalares). Assim, por cada internação hospitalar o paciente deve pagar montante fixo inicial (que, em 1992, era de US$652) e tarifa diária a partir do sexagésimo dia de internação (do sesquicentésimo dia em diante o paciente arca com todos os gastos). O mesmo acontece em relação aos serviços de diagnose (pelos quais o paciente é onerado em quantia prefixada), bem como aos vinculados ao tratamento pós-alta hospitalar (dado que, a partir do vigésimo dia de utilização, o paciente passa a pagar determinado valor diário — US$81,50 em 1992). Note-se que a forma adotada para enfrentar a crise de financiamento por que passa esse programa desde os anos 80 tem sido a de onerar cada vez mais o usuário por meio dessas formas de co-pagamento.

A "Parte B" do Medicare, *de adesão voluntária*, diz respeito a um programa de *seguro médico complementar*. Cobre, assim, despesas com honorários médicos, serviços domiciliares, de diagnóstico radiológico, de transporte em ambulância e a utilização, após alta hospitalar, de equipamentos a domicílio, como leitos especiais e cadeiras de rodas. A cobertura desse sistema inclui, ainda, o transplante de órgãos.

Essa "Parte B", que inclui itens de alto custo, é financiada, de forma paritária, por recursos fiscais e prêmios pagos pelos empregados. Este sistema requer, também, o co-pagamento pelo segurado, quando utilize esses serviços (US$100 de franquia anual mais 20% do valor aprovado pelo Medicare para o serviço utilizado).

Dessa forma, no modelo de proteção social norte-americano, a atenção à saúde se dá mediante três sistemas distintos, aos quais se vinculam segmentos sociais diferenciados: *a)* a população inserida no mercado formal de trabalho — mais especificamente, trabalhadores de empresas de médio e grande porte — tem acesso a sistemas de seguro privado contratado pelas firmas; *b)* os aposentados têm direito a utilizar os serviços

médico-hospitalares oferecidos pela rede vinculada ao programa Medicare, gerido pelo governo federal; e *c)* a população de baixa renda, mediante apresentação de atestado de pobreza, tem acesso aos serviços prestados pela rede hospitalar contratada pelo programa Medicaid, de responsabilidade dos governos estaduais.

II — A configuração atual do sistema de saúde dos E.U.A.

Os antecedentes do atual sistema de saúde norte-americano, acima relatados, desenharam progressivamente seus principais traços contemporâneos: trata-se de sistema plural, no qual participa grande variedade de instituições públicas e privadas, sendo: *i)* o braço estatal fortemente descentralizado e responsável por ações de controle (vigilância epidemiológica e sanitária) e, ainda, pela provisão — e não a prestação direta — de serviços médico-hospitalares destinados a segmentos populacionais específicos; e *ii)* o setor privado — predominante na assistência direta à saúde — objeto de múltiplos e elaborados arranjos institucionais e administrativos.

Dessa forma, o sistema de saúde estadunidense é composto de uma miríade de subsistemas, aos quais correspondem clientelas distintas com acesso a planos de saúde de cobertura também diferenciada, como se observará a seguir.

1. A configuração institucional do sistema

1.1. O setor público

A estrutura institucional do setor público, fortemente fragmentada, é funcional a uma lógica de intervenção recortada por programas, seja de controle e vigilância (como é o objeto de atuação da *Food and Drug Administration* e do *Center for Diseases Control)*, seja de assistência médico-hospitalar a clientelas específicas. Assim, enquanto o Health Care Financing Administration, pertencente ao US Department of Health and Human Services (órgão que corresponderia ao Ministério da Saúde), se responsabiliza por assistência a aposentados e renais terminais, um órgão estranho a esse departamento — The Veterans Administration — cuida do programa de veteranos de guerrra, que detém a maioria dos leitos públicos federais. Por sua vez a atenção à saúde dos pobres, por meio do Medicaid é administrada pelos estados, com co-participação financeira do governo federal, como já referido anteriormente.

Nesses programas de natureza médico-assistencial, o Estado atua fun-

damentalmente como gestor da provisão e financiamento dos serviços, deixando a prestação direta em mãos de uma rede de instituições de natureza diversa, pertencentes ao setor privado.

Em relação à participação de cada esfera de governo na gestão do sistema de saúde, é importante mencionar que, em congruência ao modelo federativo estadunidense, que confere aos estados alto grau de autonomia, fica a cargo destes governos subnacionais a organização do sistema. Por sua vez, o governo local também participa da sua gestão e, no caso de *counties* com economia mais sólida, detém alto grau de autonomia administrativa.

1.2. O setor privado

O setor privado é o principal prestador do sistema de saúde norte-americano, dado que até mesmo os serviços vinculados a programas estatais (como o Medicare e o Medicaid) são preponderantemente feitos por unidades privadas contratadas. Deve-se notar que, tendo em vista o elevado custo da atenção médico-hospitalar nos E.U.A., superior à capacidade de pagamento individualizado da maior parte da sociedade, a relação usuário-prestador vem sendo progressivamente mediada por um terceiro agente, seja ele o Estado (por meio dos referidos programas), seja empresas de seguro saúde dos mais variados tipos.

É assim que o segmento privado do setor saúde se constitui numa constelação de instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por meio de enorme multiplicidade de arranjos administrativos e financeiros.

a) O setor privado sem finalidade de lucro

Em primeiro lugar devem ser citadas as instituições de origem mais antiga, que ainda persistem nesse sistema de saúde. Trata-se das *organizações não governamentais,* como as originárias das antigas instituições de caridade, às quais se somam outras entidades criadas mais recentemente. Em geral, cada uma dessas organizações dirige suas ações médico-assistenciais a grupos sociais específicos, predominantemente definidos por doenças específicas (como os portadores de câncer, p.ex.), mas também por recorte sócio-espacial (indígenas etc.).

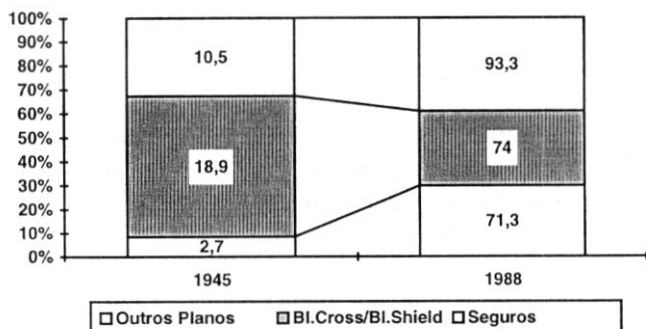
A participação dessas entidades não é desprezível: a *American Cancer Society*, por exemplo, hoje se constitui numa organização de abrangência nacional, embora atue de forma descentralizada, tanto na coleta de fundos como na organização de seus serviços. Por outro lado, segundo Roemer (1986), o número de organizações não governamentais que atuam no campo da saúde alcança dezenas de milhares, crescentemente estimuladas pelo Estado das mais diversas formas.

b) O setor privado lucrativo

Com a introdução dos programas Medicare e Medicaid e, ainda, a expansão das variadas organizações de seguro saúde, que ampliaram consideravelmente a demanda efetiva dos serviços prestados pelo setor privado lucrativo, hoje 72% das receitas dos prestadores privados provêm de planos em que intervém um terceiro agente (Knickman & Thorpe, 1990), seja ele o Estado, seja outra empresa mediadora da relação usuário/prestador. Assim, ao estender o acesso das unidades privadas a segmentos populacionais sem poder aquisitivo para custear individualmente o uso desses serviços, a participação desses terceiros agentes possibilitou notável proliferação de unidades privadas de caráter lucrativo nos últimos vinte e cinco anos.

Observe-se que até o final dos anos 70, o seguro saúde estava em mãos, fundamentalmente, dos planos *Blue Cross* e *Blue Shield* ou das companhias seguradoras pertencentes ao setor financeiro. Entretanto, a partir da década de 80, emergem novos arranjos financeiros e organizacionais que introduzem inovações não só na natureza das próprias seguradoras como na sua relação com os prestadores. O crescimento dessas novas formas, e o aumento relativo da cobertura pelas seguradoras podem se observados no Gráfico 1.

Gráfico 1
Número (milhões) de indivíduos com seguro privado por tipo de segurador. E.U.A., 1945, 1988.

Extraído de Wyszewianski, L. & Mick, S. (ed.) (1991) *Medical Care Chartbook — 9th Edition.* Ann Arbor, Health Administration Press.

É assim que a prática médico-assistencial privada deixa, progressivamente, de se assentar em unidades isoladas e remuneradas no ato, para sustentar-se num conjunto de diversos subsistemas em que interagem *empresas* gerenciadoras da assistência à saúde (que articulam a oferta e a demanda de serviços médico-hospitalares) e os *prestadores* (médicos e unidades ambulatoriais e hospitalares), constituindo-se, por meio desse processo, a vasta gama de sistemas organizacionais englobada sob o termo *Managed Health Care,* que apresentamos de forma sucinta a seguir.

No início dos anos 80, era possível distinguir, além das tradicionais empresas seguradoras de origem financeira, dois tipos de organizações de *Managed Health Care* claramente diferentes:

— as *Health Maintenance Organizations (HMOs),* caracterizadas por vender planos de seguros saúde que ofereciam os serviços de determinado grupo de hospitais e/ou médicos credenciados; e

— as *Preferred Provider Organizations (PPOs),* que trabalhavam com planos que contemplam universo de prestadores mais abrangente.

Entretanto, à proporção que o sistema do *Managed Health Care* foi tornando-se mais complexo, diversificando-se, é difícil hoje distinguir com clareza os variados tipos de organizações existentes e seus respectivos planos. Com essa limitação em mente, é possível hoje, identificar, em linhas gerais, os seguintes arranjos na prestação de serviços médico-hospitalares nos E.U.A. (Kongstvedt, 1993):

i) As *Health Maintenance Organizations* (HMOs). Constituem o formato original e predominante do *Managed Health Care,* sendo um *mix* de seguradoras e prestadoras de serviços de saúde, por meio de uma rede de unidades ambulatoriais e hospitalares por elas credenciada. Inicialmente, os planos adotavam o sistema de pré-pagamento de taxa fixa pelos segurados, mas hoje incorporam várias outras formas de cobrança.

Por outro lado, as HMOs se distinguem, também, segundo a maneira como se relacionam com os prestadores, no que tange particularmente aos médicos. Cabe observar a respeito que, além de existirem cinco formas distintas de relacionamento HMO/médico, uma mesma organização adota, muitas vezes, métodos diferentes para remunerar os diversos grupos de médicos por ela credenciados:

— o *modelo de staff,* no qual os médicos têm vínculo empregatício com a HMO, sendo assalariados e, eventualmente, remunerados adicionalmente à base de produtividade. Esses profissionais têm dedicação exclusiva à HMO, sendo a eles vedada a atenção de pacientes que não sejam segurados dessa organização. Trata-se, ainda, de sistemas fechados de prestadores, nos quais as unidades ambulatoriais e de serviços

auxiliares de diagnóstico e terapia pertencem geralmente às HMOs que, por sua vez, credenciam hospitais para a execução de tratamentos que requerem internação;

— o *modelo de grupo, por meio* do qual a HMO contrata um grupo de médicos de diversas especialidades, desta vez empregados pela empresa de medicina de grupo. Em alguns casos, os grupos de médicos dedicam-se exclusivamente à HMO a que estão credenciados e, em outros, têm maior independência, sendo, freqüentemente, os proprietários da HMO;

— o *modelo de rede (network)*, mediante o qual diversos grupos de médicos são contratados por uma mesma HMO, sejam eles grandes empresas de medicina de grupo abrangendo múltiplas especialidades, como as contratadas pelo *Health Insurance Plan of Greater New York*, ou pequenos grupos de médicos voltados aos cuidados primários de saúde, como é o caso da rede de atenção primária credenciada pela *West Michigan Health Care Network* em Grand Rapids, Michigan;

— o *modelo de Associações de Prática Individual*, pelo qual a HMO contrata associações de médicos, embora os profissionais preservem sua prática individualizada nos próprios consultórios, *não* atendendo exclusivamente pacientes segurados à HMO. Nesses casos, evidentemente, os planos de seguro são muito mais abertos, abrangendo a totalidade dos prestadores de determinada localidade. Por outro lado, as associações podem ou não estar vinculadas exclusivamente a uma HMO, segundo o tipo de contrato estabelecido; e

— o *modelo de contrato direto*, no qual os médicos são individualmente contratados pela HMO, à base de pagamento por capitação ou por ato médico. É comum, nesse sistema, adoção de esquemas de controle da utilização dos serviços, por meio de uma agência que funciona como porta de entrada do sistema médico-assistencial da HMO.

ii) As *Preferred Provider Organizations* (PPOs). Trata-se de organizações que oferecem ao empregador e/ou as empresas de seguro serviços de um grupo fechado de prestadores (médicos, hospitais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia) contratados. Em troca da clientela segurada através das PPOs, os prestadores se dispõem a aceitar não só o método de pagamento das PPOs (geralmente por procedimento ou por grupo diagnóstico), mas também as normas da prática médica (isto é, as funções de produção de cada procedimento) por elas estabelecidas.

Deve-se notar que, diferentemente das HMOs, as PPOs possibilitam ao segurado utilização de serviços não credenciados, mediante adesão a planos diferenciados (mesmo no valor dos prêmios) ou co-pagamento no ato da utilização desses serviços.

iii) As *Exclusive Provider Organizations* (EPOs). São similares às PPOs, distinguindo-se destas somente pelo fato de limitarem de forma rígida acesso dos segurados à rede de prestadores credenciados. Ultimamente, algumas EPOs vêm assumindo a flexibilidade das PPOs em relação à expansão do acesso a unidades não credenciadas, mas o condicionam à sua autorização prévia.

iv) Outros sistemas mistos. Existem, além desses três tipos característicos de *Managed Health Care,* outros sistemas que se constituem em *mixes* ou variações dos anteriores. Por exemplo, os *Point-of-Service Plans* são sistemas híbridos de HMO e PPO e se apresentam de duas formas principais:

— como sistemas complementares das PPOs, que oferecem apenas atenção primária a segurados adscritos a médicos credenciados, geralmente remunerados pelas organizações mediante o sistema de capitação (isto é, pagamento mensal de valor fixo *per capita* multiplicado pela clientela a ele adscrita). Esses médicos se constituem na porta de entrada da atenção médico-hospitalar das PPOs oferecida por meio dos planos mais abrangentes.

— como sistemas complementares, de acesso aberto, das HMOs, mediante os quais os segurados aos planos fechados das HMOs têm acesso a serviços altamente especializados prestados por profissionais não credenciados por essas organizações. A inserção nesses planos complementares, que permitem ao segurado optar por serviço credenciado ou não no ato da utilização (daí advém a denominação "point-of-service plans"), pressupõe, além de prêmios de valor mais elevado, co-pagamento dos serviços não credenciados utilizados.

Essas várias formas de arranjos entre prestadores e companhias de seguro-saúde vêm sofrendo nos últimos quinze anos transformações — e *mixagens* — que viabilizaram formidável expansão do *Managed Health Care,* como pode ser observado no Quadro 2.

Observe-se que aos arranjos financeiro-organizacionais que compõem o *Managed Health Care* em todas as suas variedades, estavam vinculados nada menos que 95% da população coberta nesse ano. Até mesmo as companhias seguradoras introduziram algum tipo de "administração" na assistência que cobriam, passando os planos livres de 41 % de cobertura em 1987 para 5% em 1990.

2. *Características estruturais do sistema: cobertura e financiamento*

A multiplicidade institucional do sistema sanitário norte-americano, vista acima, guarda coerência com as características do modelo de pro-

Quadro 2
Distribuição de beneficiários (empregados) entre os diferentes tipos de planos de saúde

Tipo de plano	1987	1988	1989	1990
	% de empregados			
Planos livres "fee for service" *	41	28	18	5
"Managed care"	59	72	82	95
"Managed fee for service"	32	43	49	57
HMOs	16	18	17	20
PPOs	11	11	16	13
Planos "point-of-service"	+	+	+	5

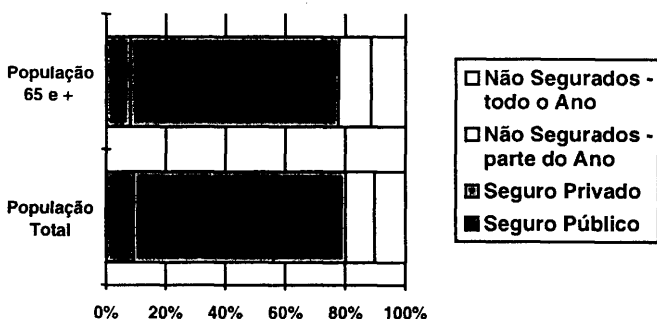
Fonte: Dados de Hoy et al., citados por Iglehart, J. K. (1992) The American Health Care System — Managed Care, *N Engl J Med*, 327:742-7.
* Inclui qualquer arranjo tradicional que utiliza monitoramento de utilização ou revisão como componente do pacote integral para reduzir cuidados desnecessários ou inadequados.
+ Dados não disponíveis.

teção à saúde baseado no seguro privado, do qual os E.U.A. são o caso paradigmático: uma vez que esse modelo é baseado na aquisição individual ou em grupo (de trabalhadores) de planos de seguro-saúde privados, ele constitui sistema altamente fragmentado e diversificado, tanto na natureza dos prestadores como nos arranjos organizacionais que intermedeiam a oferta e a demanda dos serviços médico-hospitalares, e, ainda, na cobertura e nos métodos de financiamento dos subsistemas aos quais cada segmento populacional está vinculado.

2.1. Cobertura

Apesar de exibir o maior gasto *per capita* em saúde (US$2.566, em 1990) dos países da OCDE, a *performance* do sistema sanitário estadunidense deixa muito a desejar em cobertura, seja pela considerável parcela da população que não tem acesso a nenhum serviço, seja pelas desigualdades que se observam entre a própria população formalmente segurada, na abrangência da cobertura dos sistemas de proteção à saúde a que cada segmento tem acesso.

a) No que tange aos *sistemas de proteção geridos e/ou financiados pelo Estado*, estão segurados, como vimos, os aposentados (por meio do programa Medicare) e os portadores de atestado de pobreza (que têm

Gráfico 2
Distribuição de pessoas por cobertura securitária. População civil não institucionalizada, E.U.A., 1987.

Extraído de Wyszewianski, L. & Mick, S. (ed.) (1991) *Medical Care Chartbook*, 9th edition, Ann Arbor, Health Administration Press.

acesso à rede médico-hospitalar vinculada ao programa Medicaid). Deve-se registrar a respeito da cobertura desses programas que:

— tendo em vista que os prestadores a eles vinculados são quase todos privados e que as associações médicas detêm forte poder nesse país, a proteção à qual os aposentados têm obrigatoriamente direito se dá somente por meio da "Parte A" do Medicare, que contempla apenas a cobertura de gastos hospitalares (e, mesmo assim de forma parcial, tendo em vista o peso do co-pagamento). Dessa forma, esse segmento populacional só adquire proteção em relação ao gasto com honorários médicos (que representam importante item do custo dos tratamentos nos E.U.A.) se aderir voluntariamente à "Parte B" do Medicare. Obviamente, a "soberania do consumidor" vinculada a essa escolha é fundamentalmente regida por seu poder aquisitivo;

— no que tange aos serviços vinculados ao programa Medicaid, gerido pelos estados, a qualidade e abrangência da cobertura é diferenciada, como já foi referido, segundo a política e a capacidade financeira de cada unidade da federação, bem como a estrutura de sua oferta de serviços.

b) Em relação aos *sistemas de seguro-saúde privados*, nos quais predominam os planos de grupo destinados aos trabalhadores de cada empresa, é importante salientar que o acesso a eles não se constitui num

direito trabalhista, mas num *fringe benefit* cuja concessão é fruto da política particular de cada empresa. Dessa forma, observa-se que:

— os segmentos da força de trabalho vinculados a firmas de pequeno porte sempre estiveram excluídos desse sistema de proteção, dada sua baixa capacidade financeira ante o maior valor unitário dos prêmios a elas cobrados pelas companhias seguradoras; na mesma situação se encontra a mão-de-obra pouco especializada, com baixo poder de reivindicação;

— entre a população coberta por planos intermediados pela empresa, são notáveis as diferenças, seja de cobertura (tanto em relação à capacidade de escolha dos prestadores como à gama de tratamentos cobertos por cada tipo de plano), seja da participação dos trabalhadores no financiamento desses planos; e, ainda,

— é notório o grau de insegurança oferecido por esses sistemas, uma vez que qualquer trabalhador formalmente segurado perde automaticamente filiação ao seguro quando demitido da empresa e se nesse caso for, ainda, portador de doença cronicodegenerativa, ficará eternamente desprotegido, tendo em vista que as companhias de seguro-saúde raramente contemplam contratos com esse tipo de doente.

c) A população descoberta pelo sistema de saúde norte-americano é, portanto, constituída fundamentalmente pelos que:

— não são suficientemente pobres para utilizar serviços vinculados ao programa Medicaid; ou

— estão desempregados; ou

— têm vínculo de trabalho formal, mas não acedem como *fringe benefit* a um plano de seguro-saúde privado nem têm poder aquisitivo para adquiri-lo individualmente.

2.2. Financiamento

Como mostram os dados apresentados pela *Health Care Financing Administration* (1993), o setor saúde absorveu, em 1990, nada menos que 12,1% do Produto Nacional Bruto norte-americano, isto é, 59% mais que a média observada nos países da OCDE (7,6%), como se verifica na Tabela 1. Deve-se mencionar que o gasto em saúde, como porcentagem do PNB, vem exibindo movimento de contínuo e acentuado crescimento a partir de 1970, numa taxa média anual de 2,5%.

Desse gasto em saúde, que saltou nos E.U.A. de US$250 bilhões em 1980 a 660 bilhões em 1990, segundo os dados do Congresso estadunidense (1992), menos da metade (42%) é executada pelo setor público (fundamentalmente por meio do programa Medicare), ao passo que na média observada dos países da OCDE, o Estado é responsável por 74%

Tabela 1
Gastos totais em saúde (% PNB). Alguns países da OCDE, 1970-1990

	1970	1980	1985	1990
Canadá	7,1%	7,4%	8,5%	9,3%
França	5,8%	7,6%	8,5%	8,8%
Alemanha	5,9%	8,4%	8,7%	8,1%
Itália	5,2%	6,9%	7,0%	7,7%
Reino Unido	4,5%	5,8%	6,0%	6,2%
E.U.A.	7,4%	9,2%	10,5%	12,1%
Média da OCDE	5,0%	7,0%	7,2%	7,6%

Fonte: Health Care Financing Administration, op. cit.

Quadro 3
Estrutura setorial do gasto em saúde. E.U.A., 1989

Setor	(%)
1. Privado	58%
1.1. Seguro-saúde	33%
1.2. Gasto individual e copagam	21%
1.3. Outros	4%
2. Público	42%
2.1. Medicare	10%
2.2. Medicaid	17%
2.3. Outros programas estatais	15%
Total	100%

Fonte: Kaufman, Naughton, Osterweis & Rubin (1992) *Health Care Delivery — Current Issues and the Public Policy Debate*, Washington, D.C, Association of Academic Health Centers.

dessa despesa. Por sua vez, o gasto privado é, obviamente, majoritariamente alocado na aquisição de planos de seguro-saúde. Estes absorvem 33% da despesa setorial, como se verifica no Quadro 3.

O sistema de financiamento do setor saúde norte-americano foi até aqui apresentado da perspectiva do gasto mas não das fontes de recursos. Em relação a estas, é possível afirmar que:

— no que tange ao *gasto privado*, verificam-se dois movimentos: por um lado, o declínio do pagamento individual direto *(out-of-pocket)* de serviços médico-hospitalares a partir dos anos 60, que veio sendo substituído pelos prêmios pagos a sistemas de seguro-saúde de grupo (os gastos privados provenientes do pagamento direto pelo paciente passaram

de 53%, em 1965, para apenas 28% do total das despesas privadas em saúde em 1987). Entretanto, a partir do final da década de 80, quando se verifica substancial elevação do custo dos tratamentos, é notório o aumento da participação do co-pagamento no gasto privado em saúde.

Como se sabe, também participam do gasto privado as empresas que oferecem planos de seguro-saúde a seus trabalhadores, tendo em vista que financiam parte dos prêmios desses planos.

— em relação ao *gasto público* em saúde, vale reiterar que: *i)* a "Parte A" do programa Medicare é financiada por contribuições tripartites obrigatórias, e a "Parte B" se sustenta com base em contribuições voluntárias do empregado e recursos fiscais da esfera federal; *ii)* o programa Medicaid é financiado por receitas tributárias estaduais e federais; e *iii)* os demais programas de saúde pública se sustentam com recursos fiscais de âmbito nacional e local.

Deve-se mencionar que a participação dos recursos públicos — especialmente os da esfera federal — vem crescendo no financiamento do setor saúde nas últimas três décadas, como se observa na Tabela 3. Essa elevação é devida sobretudo ao peso dos programas Medicare e Medicaid.

Tabela 2
Estrutura do financiamento do setor saúde. E.U.A., 1965-1989

(%)

Fonte	1965	1975	1985	1989
Recursos privados	75,3	58,5	58,3	58,1
Recursos públicos	24,7	41,5	41,7	41,9
- Federais	11,6	27,4	29,4	28.9
- Estaduais e locais	13,2	14,1	12,3	13,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Extraído de: Kaufman, Naughton, Osterweis & Ruin, op. cit.

Finalmente, vale apontar algumas tendências na estrutura do gasto em saúde nos E.U.A. Evidencia-se, em primeiro lugar, a aceleração de sua taxa de crescimento que, desde meados da década dos 70, oscila entre 11 e 12% ao ano, em contraposição com a taxa de 8,9% observada em 1965, por exemplo. Observe-se que essa aceleração do gasto, que atinge igualmente o setor público e o privado, vem resistindo a inúmeras iniciativas de contenção, relatadas no item 3 desta seção.

No que tange à estrutura dessa despesa, os serviços hospitalares sempre consumiram a maior parcela, atingindo em 1990 participação de

43,7%, o que corresponde a US$256 bilhões. Note-se que o peso desse componente vem diminuindo em relação ao do segundo item de gasto em saúde, isto é, os honorários médicos, que representaram nesse mesmo ano 22,5% da despesa e cuja participação vem crescendo de forma significativa, como mostra a Tabela 3.

Como aponta Thorpe (1990), um terço aproximadamente da acentuada elevação do gasto em saúde verificada a partir de meados dos anos

Tabela 3
Composição do gasto em saúde. E.U.A., 1980-1990

(%)

Componente	1980	1985	1990
1. Serviços hospitalares	46,9	45,7	43,7
- de internação	31,7	30,8	28,0
- ambulatoriais	4,8	6,3	8,7
- outros	10,5	8,7	7,0
2. Honorários médicos	19,2	20,1	22,5
3. Outros serviços profissionais	10,6	10,8	10,9
4. Materiais e medicamentos	9,2	8,8	8,2
5. Outros	4,4	4,2	4,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Health Care Financing Administration. Office of Actuary. Extraído de: U.S. Congress, Prospective Payment Assessment Commission, Medicare and The American Health System. Report to The Congress, June 1992.

70 deve ser atribuído ao comportamento das taxas de inflação observadas na economia norte-americana nesse período. Por outro lado, estima-se que 11% desse aumento da despesa sejam fruto do crescimento populacional, uma vez que este eleva o nível de utilização dos serviços de saúde. Apenas cerca de 43% da elevação do gasto em saúde poderiam ser atribuídos, nestes últimos vinte anos, a fatores extra-setoriais.

Portanto, é necessário buscar nas características da própria organização da assistência à saúde estadunidense os determinantes das taxas de crescimento do gasto setorial, que superaram notavelmente as taxas de inflação observadas no período.

3. Os principais problemas presentes no sistema de saúde dos E.U.A.

Resumidos em poucas palavras, os principais problemas enfrentados hoje pelo sistema de saúde norte-americano residem no fato de que, em-

bora tratando-se do país da OCDE que destina a *maior porcentagem do seu Produto Nacional Bruto (12,1%) à saúde* e exibe o *maior gasto per capita* (US$2.566) nesse setor, o sistema de saúde, baseado fundamentalmente no seguro privado: *a)* deixa totalmente *desprotegida uma parcela de aproximadamente 15% de sua população*, o que representa nada menos do que 37 milhões de pessoas sem acesso a nenhum tipo de serviço médico-hospitalar; *b)* oferece *níveis de cobertura altamente diferenciados* em abrangência do acesso dos diferentes segmentos da população segurada; e *c)* em virtude dessas deficiências, exibe a *maior taxa de mortalidade infantil* (9,1 ‰) dentre os países do grupo G-7[1] e a *menor esperança de vida ao nascer* da população masculina (72,0 anos) e, no que tange às mulheres, uma esperança de vida (78,8 anos) que só supera ligeiramente a do Reino Unido (78,4 anos) (Health Care Financing Administration, 1993).

i) Os fatores determinantes desses indicadores de saúde (tamanho da população desprovida de acesso ao sistema e desigualdades nos níveis de cobertura das pessoas seguradas), insatisfatórios quando examinados à luz da magnitude do gasto setorial e em comparação aos demais países desenvolvidos, já foram suficientemente explorados acima. É, portanto, sobre os fatores determinantes da inigualável expansão do gasto em saúde norte-americano que nos debruçaremos nas linhas que seguem.

ii) A contínua e crescente elevação da despesa setorial tem raízes em processos que se desenvolvem tanto na prática médico-hospitalar (portanto, do lado da oferta de serviços de saúde) como na demanda por estes serviços.

— *Fatores de expansão do gasto determinados pela oferta (isto é, pelos prestadores)*

Em primeiro lugar, deve-se mencionar o processo de acelerada incorporação de inovações tecnológicas na prática médica, as quais, como apontam diversos autores, raramente se traduzem em diminuição do número de profissionais envolvidos em cada procedimento, elevando, geralmente, o custo dos tratamentos. A motivação fundamental dessa acelerada incorporação tecnológica, num sistema em que prepondera o seguro privado, como o norte-americano, está freqüentemente associada à busca de ganhos em competitividade, tendo em vista que a maior parte da clientela é atraída pelo grau de qualidade dos serviços oferecidos, sem levar em conta seu preço (pois ela paga prêmios de seguro-saúde, que independem da quantidade de serviços utilizados).

É notório que boa parte desses novos equipamentos de diagnóstico e tratamento (imagenologia por ressonância magnética, por exemplo), e procedimentos cirúrgicos (como a endoscopia) foram incorporados pelos serviços ambulatoriais (U.S. Congress, op. cit.), o que explica, em par-

o aumento da participação dos honorários médicos no gasto total em saúde, evidenciado na Tabela 3.

A referida elevação do custo dos tratamentos é atribuível, ademais, à crescente utilização de serviços diagnósticos cada vez mais elaborados e freqüentemente desnecessários. No caso dos E.U.A., uma causa significativa dessa tendência reside numa atitude defensiva progressivamente adotada pelos médicos, em relação a eventuais processos judiciais movidos por pacientes, relativos a imperícia ou imprudência profissional. Dentro dessa lógica, é prescrita uma gama extensíssima de exames, com intuito de se proteger juridicamente diante da ocorrência de um erro diagnóstico.

Por outro lado, essa mesma proteção se dá na forma da aquisição de seguros contra eventuais despesas decorrentes de ações judiciais, cujos prêmios são, obviamente, repassados aos preços dos serviços médicos.

— *Fatores de expansão do gasto determinados pela demanda*

Um elemento tradicionalmente apontado em relação à demanda por serviços de saúde é o baixo nível de informação dos consumidores em relação à eficácia e à qualidade dos tratamentos que lhe são prescritos. Trata-se, portanto, de caso clássico de demanda induzida pela oferta, por meio do qual quem determina o tipo e o volume de serviços a serem demandados é o próprio prestador, principalmente quando se trata, como já foi referido, de consumidores vinculados a planos de seguro-saúde, cujo desembolso não é proporcional à quantidade de serviços utilizados. Esse processo vem ocasionando, segundo Wennberg (1992), um consumo excessivo de serviços de saúde (muitos dos quais são de eficácia questionável), o qual se constitui, obviamente, em fator de aceleração da despesa global em saúde.

Nesse contexto, os atores que vêm agindo na redução do gasto em saúde não são, nos E.U.A., os usuários, mas os agentes que intermedeiam a relação entre estes e os prestadores, isto é, o Estado e as diversas empresas de seguro-saúde.

A primeira e principal iniciativa nessa direção foi tomada pelo Estado (mais especificamente pela *Health Care Financing Administration*, gestora do programa Medicare) e foi rapidamente copiada por várias HMOs. Ela consistiu na adoção do método de pagamento prospectivo por procedimento (classificado em grupos diagnósticos) para a remuneração dos hospitais vinculados a esse programa por tratamentos efetuados, em regime de internação, a pacientes portadores de doenças agudas.

Como se sabe, trata-se de sistema de pagamento mediante o qual o hospital recebe, por tratamento efetuado, um valor unitário prefixado, independente dos custos efetivamente realizados[2]. Por outro lado, os diversos tratamentos são classificados em grupos (os famosos *Diagnostic Related Groups — DRGs*), constituídos com base no diagnóstico princi-

pal, que levam em conta peculiaridades do paciente que afetam o custo do tratamento, como idade e presença ou não de co-morbidades[3].

Dessa forma, esperava-se conter o gasto relativo ao pagamento dos hospitais contratados pelo Medicare, uma vez que o reembolso total do custo de todos os componentes de cada tratamento foi substituído pelo pagamento de valores prefixados. Ainda, por meio desse sistema, que atribui a cada tratamento valores fixos que independem da quantidade de insumos e serviços nele incorporados, esperava-se estimular mudanças na prática médico-assistencial, que operassem para conter seus custos.

Entretanto, embora a introdução desse método de pagamento haja realmente provocado transformações substanciais nos processos de produção efetuados pelos hospitais (como a redução do tempo de permanência dos pacientes), esse movimento não foi acompanhado por redução do gasto global do programa Medicare. Como aponta Ugá (1992), uma vez que só são remuneradas prospectivamente as altas hospitalares, ao passo que os demais serviços continuam sendo pagos por reembolso global, os prestadores fugiram das "amarras" financeiras do método de pagamento prospectivo mediante as mais variadas estratégias. Dentre as principais figuram a concessão de altas precoces associada à proliferação de serviços ambulatoriais pós-alta hospitalar, e a transferência da maior parte possível das cirurgias a esse tipo de instalações. O impacto dessas transformações na qualidade dos serviços carece ainda de estudos conclusivos; entretanto, como afirmam Gay et al. (1989), os hospitais passaram certamente a efetuar "produtos mais incompletos".

Dessa forma, o principal fator que contribuiu para a elevação do gasto do programa Medicare (que aumentou em mais de 100% entre 1979 e 1988) foi, sem dúvida, a referida transferência de tratamentos a serviços não remunerados de forma prospectiva; com base nos quais é possível afirmar que, na realidade, estes últimos estão custeando em parte o setor de internações vinculadas ao Medicare (Ugá, 1993).

III — A Reforma Hillary Rodham Clinton

> "Se os americanos devem ter coragem de mudar em tempos difíceis, nós devemos primeiro estar seguros em nossas necessidades mais básicas. [...] O nosso sistema de saúde está profundamente danificado e é chegada a hora de repará-lo.
>
> "Apesar da dedicação de literalmente milhões de profissionais de saúde talentosos, nossa assistência sanitária é incerta demais, e cara demais, burocrática e perdulária demais. Repleta de fraude e cobiça.

> "Depois de longo tempo, após décadas de falsos começos, devemos tornar nossa mais urgente prioridade dar segurança sanitária a todo americano; assistência sanitária que nunca possa ser subtraída, que esteja sempre disponível" (William Clinton, 1993).

1. Os Princípios da Reforma

As dificuldades acima apontadas fizeram com que as condições de assistência aos problemas de saúde constituíssem um dos blocos temáticos centrais das eleições presidenciais de 1992. Bill Clinton, logo após sua posse em janeiro de 1993, desencadeia gigantesco processo de mobilização de intelectuais, profissionais de saúde, empresários, representantes de consumidores, prestadores de serviços, sindicatos, em dezenas de grupos de trabalho coordenados por sua mulher, Hillary Rodham Clinton, e orientados por Ira Magaziner, intelectual que já se havia envolvido em diversos processos de mudança institucional. Em outubro desse ano, foi finalmente submetido à apreciação do Congresso dos Estados Unidos o projeto da Lei de Segurança Sanitária, The American Health Security Act.

Essa lei organiza-se em torno de seis princípios fundamentais — segurança, simplicidade, economia, escolha, qualidade e responsabilidade — que serão expostos a seguir (The White House Domestic Policy Council, 1993).

1.1. Segurança

O documento elaborado pelo Conselho de Política Doméstica da Casa Branca, que sintetizou as propostas da Força-Tarefa para a Reforma da Assistência Médica, assinala que um em cada quatro americanos, cerca de 63 milhões de pessoas, perde cobertura do seguro saúde por algum tempo a cada dois anos, em virtude de perda ou mudança de emprego. Trinta e sete milhões não têm nenhum tipo de cobertura e 22 milhões não dispõem de cobertura adequada. Quando indivíduos ficam doentes ou adquirem uma patologia crônica podem perder cobertura ou se tornar incapazes de obtê-la. As seguradoras selecionam os mais saudáveis, que apresentam menores riscos, e aos outros cobram prêmios mais caros ou negam cobertura.

Muitas pessoas deixam de trocar de emprego com medo de perder o seguro. Os pequenos empresários não conseguem contratar planos de seguros porque os prêmios são mais caros do que os cobrados das grandes corporações. Em virtude dos custos crescentes, muitos empregadores diminuem a faixa de benefícios cobertos, aumentam a participação no cus-

teio dos planos, limitam cobertura e com freqüência passam a recrutar mão-de-obra de tempo parcial para fugir da obrigatoriedade de garantir benefícios de saúde.

De acordo com o plano de reforma, cada cidadão americano passa a receber um cartão de "segurança sanitária", que lhe garante acesso a um pacote de benefícios por toda a sua vida. Esse pacote prevê a cobertura dos seguintes serviços de saúde, quando medicalmente necessários ou apropriados:

— Serviços hospitalares, incluindo hotelaria, cuidados de rotina, tratamento, serviços diagnósticos, laboratoriais e radiológicos e honorários profissionais.

— Serviços de emergência.

— Serviços de profissionais de saúde prestados em consultórios, clínicas ou outros lugares.

— Serviços clínicos preventivos.

— Serviços de saúde mental e de tratamento de dependentes de drogas.

— Planejamento familiar.

— Assistência pré-natal e serviços correlatos.

— Assistência asilar nos últimos seis meses de vida.

— Assistência domiciliar, incluindo cuidados de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e da fala, serviços sociais prescritos e terapia parenteral domiciliar após doença aguda para evitar cuidados institucionais.

— Assistência prolongada, incluindo cuidados de internação em "nursing homes" ou centros de reabilitação após doença aguda por até cem dias a cada ano.

— Serviços de ambulância.

— Serviços de diagnóstico e laboratório em regime ambulatorial.

— Assistência farmacêutica ambulatorial, incluindo insulina e produtos biológicos.

— Serviços de reabilitação, incluindo fisioterapia e logopedia para restaurar funções ou minimizar limitações resultantes de doença ou acidente.

— Equipamentos médicos duráveis, órteses e próteses.

— Exames oftalmológicos e auditivos de rotina a cada dois anos.

— Óculos para menores de dezoito anos.

— Assistência odontológica para menores de dezoito anos.

Além dos benefícios acima enumerados, o plano de reforma prevê que até o ano 2001 a lista deverá ser acrescida de assistência odontológica preventiva para adultos, ortodontia quando indicada para evitar cirurgia reconstrutiva em crianças e expansão da cobertura de serviços de saúde mental e tratamento de dependentes de drogas psicoativas. O acesso a

esse conjunto de benefícios deverá ser garantido a todo cidadão americano "do berço ao túmulo".

É extremamente importante observar a explicitação dos benefícios cobertos, evitando cláusulas expressas com letras minúsculas que definem exclusões de serviços ou procedimentos nos diferentes planos ou, o que é pior, garantias genéricas de cobertura às quais não correspondem prestações específicas.

Além de fixar o pacote de benefícios, a lei da reforma não permite que as seguradoras imponham limites por toda a vida a pessoas que tenham doenças graves e também que fixem encargos maiores para pessoas idosas e enfermas. A lei também estabelece limites para aumentos dos planos de saúde e nas despesas "do próprio bolso" por ano (co-participação nos gastos e franquias) independentemente da intensidade e freqüência da utilização dos serviços de saúde.

O Medicare é mantido e fortalecido, acrescentando-se aos benefícios assistência farmacêutica.

1.2. Simplicidade

O segundo princípio em torno do qual se orienta a reforma é a simplicidade. A existência de mais de 1.500 seguradoras, cada uma com diferentes exigências, coloca sobre empresas e prestadores de serviços de saúde encargos administrativos excessivos. Em anos recentes o número de administradores nos hospitais cresceu quatro vezes mais que o número de médicos. A força-tarefa que elaborou as propostas do plano de reforma chegou a estimar que para firmas com menos de cinco empregados, os custos administrativos absorvem quarenta centavos de cada dólar de prêmio pago, comparados com cinco centavos para as grandes companhias. Médicos e enfermeiras consomem parte considerável de seu tempo preenchendo formulários que nada têm a ver com o tratamento que administram a seus pacientes.

Para a redução da burocracia a reforma propõe o fornecimento a cada cidadão de um cartão de Segurança Sanitária e obriga todos os planos de saúde a adotarem formulário padrão para a reclamação de pagamentos. Prevê também a lei redução no volume de papéis como decorrência da fixação do pacote padrão de benefícios com a padronização da codificação e do faturamento.

1.3. Economia

O documento da Casa Branca analisa longamente o problema da capacidade de se financiar o sistema a longo prazo. Chega a estimar que,

sem adoção de providências, a participação dos gastos em saúde no Produto Interno Bruto atingiria 19% no ano 2.000. Discute as conseqüências desses custos na remuneração da força de trabalho, no seu encarecimento e na diminuição da competitividade internacional por essa elevação nos custos da mão-de-obra. Nas palavras do Presidente Clinton, "nossos trabalhadores perderão quase US$600 de renda ao fim da década. [...] E um terço dos pequenos negócios que hoje dão cobertura a seus empregados dizem que serão forçados a largar seus seguros. As grandes corporações sofrerão grandes desvantagens na concorrência global. E os custos da assistência à saúde devorará fatias cada vez maiores de nosso orçamento" (Clinton, 1993).

Para enfrentar o crescimento dos gastos em saúde a reforma pretende *i)* oferecer a grupos de consumidores e pequenos negócios a mesma capacidade de negociação que as grandes corporações possuem, forçando os planos de saúde a competir em qualidade e preço e estabelecendo teto para aumentos anuais dos prêmios;

ii) garantir cobertura universal, evitando a procura tardia de estabelecimentos de saúde e a utilização de recursos mais caros como os serviços de emergência;

iii) simplificar os procedimentos burocráticos como acima referido e

iv) combater a fraude e o abuso, impondo também condições aos processos jurídicos por erros médicos.

A organização de "alianças regionais de saúde" (Regional Health Alliances) constitui-se em uma das principais pedras angulares de todo o plano. Essas alianças funcionarão como cooperativas de compra de planos de saúde, com a finalidade de representar os interesses dos consumidores e compradores de serviços de assistência à saúde e negociar com os diferentes planos de saúde. A lei delega aos estados o estabelecimento dessas "alianças" que tanto poderiam ser organizações não lucrativas, órgãos estaduais independentes ou do próprio poder executivo estadual. Prevê-se que em seu conselho diretor estejam representados paritariamente representantes dos empregadores e dos consumidores e que dele devem ser excluídos membros e parentes de membros de grupos que tenham interesses de negócios diretos e indiretos na prestação de serviços de saúde (prestadores de serviços e seus empregados, donos de planos de saúde, membros de associações que representem interesses de prestadores de serviços de saúde, proprietários, membros de conselhos diretores, empregados de companhias farmacêuticas, de equipamentos ou suprimentos médico-hospitalares).

Essas alianças promovem alistamento de todas as pessoas que residem na área geográfica para a qual presta seus serviços, incluindo os não trabalhadores e os trabalhadores de baixa renda, em um plano de saúde

que forneça o pacote de benefícios estabelecido. Uma vez por ano é aberto um período de inscrição durante o qual os indivíduos podem escolher entre os diferentes planos oferecidos por meio da aliança. As alianças negociam com os diferentes planos procurando obter para seus inscritos maiores vantagens em preço e qualidade. As empresas com mais de 5.000 empregados podem organizar-se em alianças empresariais ou juntarem-se às alianças regionais.

A idéia subjacente à organização das alianças regionais é a de que o maior volume de indivíduos para cobertura sanitária aumenta consideravelmente a capacidade de barganha em benefício dos consumidores finais.

1.4. Escolha

Cada vez mais no atual sistema de saúde americano é o empregador e não o empregado quem escolhe o plano de saúde. Com grande freqüência só é oferecido um único plano. Como tem aumentado o número de planos com escolha limitada de profissionais e serviços é cada vez mais difícil para o trabalhador escolher seu médico e o hospital no qual se deseja tratar. O plano de reforma prevê que sejam oferecidos pelo menos três tipos diferentes de planos aos cidadãos. Tanto pode ser escolhido uma Health Maintenance Organization ou uma rede de médicos e hospitais. Se o plano não satisfaz, pode ser trocado uma vez por ano, nas rodadas de inscrição promovidas pelas alianças regionais. Da mesma forma prevê-se que os médicos possam trabalhar em vários planos diferentes.

1.5. Qualidade

A qualidade do sistema de saúde americano é bastante desigual. Não existem padrões que definam o que é uma prática médica boa. Não há produção e circulação de informação para consumidores. Há, segundo o Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências, tanto o uso de procedimentos desnecessários ou inapropriados e provisão excessiva de serviços apropriados quanto a subutilização de cuidados necessários, efetivos e apropriados (Institute of Medicine, 1993).

O projeto de reforma propõe que se aprimore a informação para julgamento da qualidade. As alianças regionais devem produzir relatórios anuais de desempenho para medir como planos de saúde, médicos e hospitais se comportam em um conjunto de quatro indicadores críticos: acesso, propriedade, resultado e satisfação do usuário. Serão produzidos "report cards" que comparam os vários planos de acordo com um conjunto de indicadores selecionados, permitindo aos usuários escolherem os de melhor qualidade e aos médicos tomarem decisões melhores e mais sábias.

1.6. Responsabilidade

O Presidente Clinton em sua mensagem ao congresso identifica a necessidade de restaurar "um sentido de que todos estão junto nisto e todos têm a responsabilidade de ser uma parte da solução" e conclama à ação

i) os que lucram com o sistema — "as companhias de seguro que alijam os que adoecem. [...] os laboratórios que apresentam contas fraudulentas, os advogados que abusam dos processos de erros médicos [...] as companhias farmacêuticas que cobram três vezes mais nos Estados Unidos do que no exterior."

ii) os cidadãos americanos para mudarem alguns comportamentos — violência alarmante, uso abusivo de armas de fogo, consumo excessivo de bebidas, fumo, AIDS, gravidez adolescente, bebês de baixo peso.

iii) os cidadãos para que tenham mais consciência dos custos do sistema de saúde — a imposição de co-pagamento dos serviços ajudaria neste chamado à responsabilidade e

iv) a todos para que a cobertura universal seja garantida e todos participem de seu financiamento.

1.7. O Conselho Nacional de Saúde

A Lei de Segurança Sanitária cria um Conselho Nacional de Saúde independente com a finalidade de supervisionar o estabelecimento e a administração do novo sistema de saúde pelos estados e de interpretar e atualizar o pacote de benefícios nacionalmente garantido, podendo recomendar ao presidente e ao congresso ajustes no pacote que reflitam mudanças na tecnologia, necessidades de assistência à saúde ou nos métodos de prestação de serviços. O conselho também expede regras para a implementação do orçamento da assistência sanitária e aloca recursos para as diferentes alianças regionais.

Esse conselho é também responsável pelo estabelecimento do Programa Nacional de Administração de Qualidade, conduzido por um subcomitê nomeado pelo presidente da república, encarregado de definir os elementos que conformarão os relatórios de desempenho e de estabelecer as medidas necessárias para o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde.

O conselho é composto por sete membros nomeados pelo presidente da república com o aconselhamento e aprovação do senado federal. Seu mandato é de quatro anos e o presidente é também nomeado pelo presidente da república e tem seu mandato coincidente com o dele. Durante o período em que servem no conselho, os membros trabalham como funcionários federais e não podem exercer nenhum outro emprego. Os mem-

bros não podem ter nenhum interesse pecuniário ou manter qualquer relação com planos de saúde, prestadores de serviços de saúde, companhias de seguro, indústria farmacêutica, de equipamentos médicos ou qualquer outro empreendimento correlato.

2. *Financiamento*

2.1. *Financiamento da cobertura sanitária*

De acordo com a nova lei, a garantia de cobertura sanitária é obtida mediante contribuição de empregados e empregadores às alianças regionais. Os prêmios variam de acordo com quatro tipos de famílias: um único indivíduo, casal sem filhos, família com apenas o pai ou a mãe e famílias com ambos os pais. Os empregadores pagam 80% do valor médio dos planos na respectiva aliança regional e os empregados pagam a diferença entre este valor e o preço real do plano que escolherem. Por exemplo, em uma aliança regional são oferecidos planos individuais de US$1.500, 1.700, 1.800 e 2.100 anuais. O valor médio é de US$1.800. A contribuição patronal será portanto de US$1.440. Caso o empregado escolha o plano mais barato ele terá de pagar apenas US$60 por ano. Caso escolha o mais caro, terá de desembolsar US$660. A lei estabelece limite de 7,9% da folha de salários como teto das contribuições patronais. As firmas com menos de cinqüenta empregados têm teto entre 3,5 e 7,9% da folha de acordo com o rendimento médio do empregador.

São oferecidos subsídios às pessoas de baixa renda, entendidas como as com rendimentos até 150% do limite de pobreza. É fixado limite para co-participação nos prêmios da maior parte das famílias em 3,9% da renda familiar. Os trabalhadores por conta própria contribuem com a parte do empregador e a sua própria de acordo com as características de sua família, o mesmo acontecendo com não trabalhadores ou trabalhadores de tempo parcial. Neste últimos casos, subsídios são concedidos às pessoas cuja renda familiar é menor do que 250% da linha de pobreza.

As contribuições dos empregadores permitem deduções fiscais e não são consideradas renda para os empregados. Trabalhadores autônomos descontam integralmente suas contribuições. Uma vez constituídas as alianças regionais, só gozam de abatimentos fiscais os pagamentos a elas efetuados.

2.2. *Financiamento da reforma*

De acordo com os cálculos do Conselho de Política Doméstica da Casa Branca a reforma deverá custar cerca de 350 bilhões de dólares de 1994 até o ano 2000. Esses recursos provirão de economias no Medicare, Me-

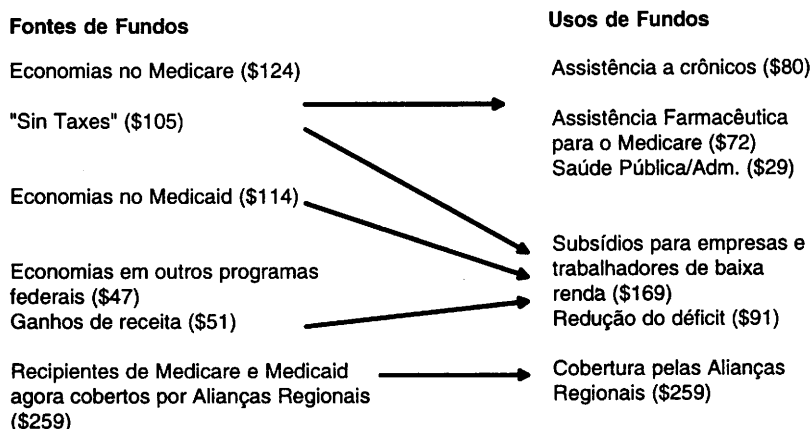
Quadro 4
Como a reforma é financiada (US$ bilhões 1994-2000)

Fonte: The White House Domestic Policy Council, op. cit.

Tabela 4
Gastos nacionais em saúde (bilhões de dólares)

Anos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gastos atuais	998	1.089	1.185	1.288	1.395	1.510	1.631
% PIB	15,1	15,7	16,3	16,9	17,5	18,2	18,9
% variação	9,4	9,1	8,8	8,6	8,4	8,2	8,0
Reforma	999	1.112	1.237	1.314	1.376	1.438	1.495
% PIB	15,1	16,0	17,0		17,2	17,3	17,4
% variação	9,4	11,3	11,2	6,2	4,7	4,5	4,0
Mudanças no gasto							
Novas alianças	0	19	71	83	86	90	93
Outros gastos	1	4	13	20	25	33	38
Economias	0	0	-32	-77	-130,	-195	n-267

Fonte: The White House Domestic Policy Council, op. cit.

dicaid e outros programas federais, pela criação de novos impostos sobre tabaco e similares *(sin taxes)* e outros ganhos de receita (Quadro 4).

As projeções para os gastos totais em saúde até o ano 2000 estão apresentadas na Tabela 4. Essas projeções levam em consideração não apenas os gastos acima expostos como economias resultantes do conjunto de medidas que integram o plano e que, entende a Casa Branca, resultam em diminuições desses gastos. Entre essas medidas incluem-se as destinadas a simplificar os procedimentos burocráticos, a combater a fraude e o desperdício e a enfatizar as práticas preventivas.

3. O debate sobre a reforma

O período que precedeu à apresentação da proposta final de reforma ao Congresso dos Estados Unidos foi marcado por profundo e amplo debate por toda a sociedade americana. A imprensa, os políticos, as associações profissionais, os representantes de prestadores de serviços, as indústrias com interesses na área da saúde, universidades e centros de pesquisa, sindicatos, representantes de consumidores formularam, analisaram e criticaram dezenas de propostas de reformas que foram vindo à tona enquanto se reunia a força-tarefa comandada pela primeira dama. A urgência da reforma e a necessidade de serem enfrentados os dois grandes grupos de problemas — custos crescentes e ausência ou precária cobertura de grande contingente da população — foi praticamente unânime.

De maneira geral as propostas, e agora as críticas ao plano, podem ser reunidas em três grandes grupos. Há os que defendem a idéia de que o mercado ao fim e ao cabo é quem deve determinar o limite de gastos que a sociedade americana está disposta a suportar e quem deve regular o acesso aos serviços de saúde de acordo com a capacidade de pagar de cada um. Quanto menor a interferência do governo, mais eficientemente o sistema se regularia. A tese central é a de que não há como definir se o que se gasta é muito ou pouco e, na verdade, não se sabe explicar exatamente por que os gastos vêm aumentando em ritmo superior ao crescimento da economia.

Joseph Newhouse (1993), Professor MacArthur de Política e Administração de Saúde da Universidade de Harvard pergunta: "Por que causa preocupação o crescimento nos gastos de assistência médica? Afinal muitos setores na economia cresceram ao longo dos anos; as indústrias de computadores e telecomunicações são dois exemplos óbvios. Na realidade, da mesma maneira que gastamos em assistência à saúde mais do que qualquer outro país, bem que podemos gastar mais por pessoa em computadores pessoais, máquinas de fax e telefones celulares. E até agora não conheço ninguém pedindo contenção de custos para essas indústrias.

O que torna diferente o gasto em assistência médica?" Newhouse discute as causas apontadas por diversos economistas para justificar o crescimento dos gastos. Depois de considerar que os gastos vêm crescendo a taxas superiores ao Produto Nacional Bruto pelo menos desde 1940 e argumentar que qualquer fator deve estar em operação há pelo menos cinqüenta anos, o autor examina o impacto de fatores como envelhecimento da população, expansão do seguro-saúde, aumento da renda da população, prática da chamada "medicina defensiva" (já citada, para defesa de eventuais processos judiciais por erros médicos), aumento de despesas administrativas, gastos com pacientes terminais e aumento da produtividade na indústria de serviços (elevando os salários pela concorrência com outros ramos da prestação de serviços). E chega a conclusão de que nem a soma de todas as participações seria suficiente para explicar a totalidade do crescimento do gasto. Newhouse propõe que o principal fator explicativo é o crescimento das potencialidades da medicina, a "marcha da ciência". Enquanto algumas tecnologías foram capazes de reduzir custos, como a vacina contra a poliomielite como exemplo mais gritante, quase certamente inovações como imagenologia não invasiva, procedimentos cardiológicos invasivos, transplantes e diálise renal, aumentaram os custos. Aceita essa conclusão, resta saber se consumidores desejam livremente pagar por essas potencialidades ou se estão sendo induzidos por seguro excessivo, incentivado por tratamento fiscal vantajoso.

Uma observação marginal no trabalho de Newhouse, mas não menos relevante, é a de que as preocupações com crescimento dos gastos possam ter sido fortemente motivadas pelo crescimento desproporcional das despesas do Medicare e do Medicaid, particularmente deste último programa. O autor conclui seu trabalho propondo que se estabeleça plano público ou semipúblico para pequenos negócios e trabalhadores por conta própria, fixação de limites para participação federal no Medicaid (ou federalização do programa), estabelecimento de teto passível de deduções tributárias nas contribuições patronais e aumento de impostos para ajudar a financiar o Medicare e o Medicaid.

Um segundo grupo de opiniões defendia e defende participação governamental mais forte, com aumento da atividade reguladora do governo. A ênfase é posta nas desigualdades do sistema, na incapacidade do mercado de garantir igualdade nas oportunidades de acesso à assistência médica e de, pela concorrência, fixar preços mais baixos de prêmios cobrados pelas seguradoras. Nas palavras de Vicente Navarro (1990), "na realidade, os problemas da cobertura insuficiente e dos altos custos têm raiz no caráter privado e lucrativo da medicina americana. Uma análise internacional dos serviços de saúde mostra que os países com controle

governamental do financiamento e administração desses serviços possuem melhor cobertura, menores custos e melhor distribuição dos recursos sanitários do que os que têm grandes setores privados lucrativos nos serviços de saúde — como os Estados Unidos".

O uso intensivo e nem sempre justificado de novas tecnologias de alto custo é apontado como fator significativo na elevação dos gastos. Novamente é Navarro que diz: "A confiança atual na medicina altamente tecnológica não é nem boa assistência médica nem boa assistência sanitária. Embora a medicina curativa de alta tecnologia tenha papel a desempenhar, ela não deve ser a forma predominante de intervenção. [...] A abordagem *laissez faire* da assistência médica capacita e estimula uma abordagem tecnológica elaborada dos problemas médicos, mas não serve tão bem para uma abordagem preventiva ampla capaz de diminuir tanto os problemas como a necessidade do uso de tecnologia cara. Em resumo, há necessidade de substituir as prioridades da medicina hospitalar, curativa, pessoal e altamente tecnológica por intervenções preventivas, comunitárias, ambientais, ocupacionais e sociais. Essa mudança não ocorrerá se continuar a sustentação no setor privado lucrativo; ela requer intervenção governamental ativa e participação popular ativa". Como estratégia para o desenvolvimento de um novo sistema de saúde, Navarro defende o estabelecimento de um programa nacional de saúde financiado e administrado pelo governo que assegure cobertura universal de todo cidadão americano. No confronto com as proposições da Lei de Segurança Sanitária, combate a idéia das alianças regionais, favorecendo a opção de um "pagador único" *(single payer)* de natureza governamental, num modelo aproximado ao Medicare ou ao modelo canadense. Suas posições foram adotadas desde 1972 pela Associação Americana de Saúde Pública e apresentadas em suas teses fundamentais pelo senador democrata pelo Estado de Minnesota Paul Wellstone ao senado dos Estados Unidos (Navarro, 1994).

O terceiro grande grupo de opiniões admite a introdução de mecanismos que, "ajustando" o mercado, possam garantir maior controle dos custos e permitir expansão da cobertura dos serviços de saúde. Atribuem a disfuncionalidades do sistema os problemas de gastos e cobertura, e dividem-se em dois subgrupos de propostas não excludentes: os que defendem a fixação de controles governamentais de preços ou orçamentos, e o grupo francamente hegemônico que defende a chamada "concorrência administrada" *(managed competition)*. Os pais da proposta, em seus traços fundamentais adotada pelo Presidente Clinton, são os Professores Paul Ellwood e Alain Enthoven, fundadores do chamado Grupo de Jackson Hole (localidade onde se reuniam). Segundo Enthoven (1993), a causa mais importante do atual fracasso do sistema de saúde reside no modelo

tradicional de prestação de serviços médicos por profissionais trabalhando sozinhos ou em pequenas clínicas de uma só especialidade, remunerados por ato *(fee for service)*, com uma terceira parte pagadora e médicos e hospitais trabalhando cada um por sua conta. "Neste sistema os incentivos estão quase todos errados. Paga-se mais por pouca qualidade, não faz com que os prestadores se responsabilizem pelos custos da baixa qualidade e não recompensa a busca por alternativas menos dispendiosas para tratar dos pacientes, quando elas estão disponíveis. Na realidade, o sistema premia o uso das tecnologias mais custosas".

Deixar as coisas como estão só leva a agravamento crescente dos problemas. Aumentar a presença do governo, seja pelo controle de preços seja pelo estabelecimento geral de um programa tipo Medicare de nada adianta, pois além de o governo não ter capacidade de controlar os próprios gastos, como demonstrariam os gastos crescentes com o Medicare, esse processo significaria enorme concentração de poder nas mãos do governo federal que não seria capaz de propor as melhores opções de tratamento e organização de serviços de saúde e acabaria por sucumbir "às ambições políticas de legisladores e reguladores de Washington" (Enthoven, 1993).

Para Enthoven e os outros membros do Grupo de Jackson Hole, a alternativa está na "concorrência administrada" *(managed competition)*, criando um sistema descentralizado de mercado nos quais organizações do tipo HMO, que por trabalharem com orçamentos globais para cobertura teriam fortes estímulos na busca da qualidade e na diminuição de custos. Essas organizações, oferecendo pacote padrão de benefícios, poderiam ser comparadas uma às outras e inibir-se-ia a fragmentação do mercado. Finalmente, com a organização de pequenas empresas e contribuintes individuais em "cooperativas de compra de seguro saúde" (*Health Insurance Purchasing Cooperatives — HIPC* — as Alianças Regionais da Reforma), garantir-se-ia maior capacidade de barganha na negociação dos prêmios dos diferentes planos. Desnecessário dizer que essa proposição foi amplamente vitoriosa na Força-Tarefa comandada pela primeira dama e constitui-se na peça central do Plano de Reforma enviado pelo Presidente Clinton ao congresso.

Qual é o destino provável da reforma? Para muitos, como o Professor Brown, da Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, Los Angeles, os Estados Unidos estão tendo rara oportunidade de reformar seu sistema de saúde. Quase todos os setores da sociedade americana estão sendo atingidos pelos problemas atuais de custos crescentes e cobertura declinante. Um grande movimento de trabalhadores, aposentados e grupos de base introduziu a reforma do sistema de saúde na agenda nacional. Exceto pela oposição ao predomínio do setor público, os oponentes tradi-

cionais da reforma, como a medicina organizada, a indústria de seguros, os hospitais e a indústria farmacêutica, estão divididos e têm poucos pontos de consenso. Importantes setores empresariais acreditam que a reforma é essencial pois não suportam mais os custos com benefícios de saúde. O presidente da república está fortemente comprometido com a reforma e a primeira dama tem liderança inconteste. Acredita Brown (1994) que por mais que as propostas em torno do estabelecimento de um programa nacional de saúde baseado no *single payer*, como defende Wellstone, superem muitas das falhas do plano Clinton — como desigualdade de acesso, menor capacidade de escolha pela população de baixa renda, reduzida ênfase às ações de saúde pública, persistência de barreiras financeiras, escasso controle público sobre o sistema final — seus defensores devem estar abertos para propor aperfeiçoamentos na proposta governamental, sob pena de acabarem confrontados com alternativas mais precárias de reforma. O resultado mais provável do processo de reforma será deixar aos estados a fixação das alternativas de implementação, garantidos os princípios essenciais da reforma, incluída a alternativa de um único pagador sob controle público. Esse caminho, mais condizente com a tradição de desenvolvimento das políticas públicas nos Estados Unidos, dará curso a iniciativas já adotadas por alguns estados que anteciparam vários pontos da reforma, como Flórida, Oregon, Minnesota, Vermont, Havaí e Washington (Wessner, 1991; Ladenheim, 1993).

A concentração do debate em torno da assistência médica tem preocupado os defensores da saúde pública, que aplaudindo entusiasticamente a universalização da cobertura e a inclusão de medidas preventivas no pacote de benefícios, não observam na proposta a fixação de objetivos e metas para a melhoria das condições de saúde da população norte-americana. Como propõe Susser (1994), "os profissionais de saúde pública devem promover e defender especificamente objetivos de saúde pública de melhoria do estado de saúde da nação por meio da fixação de iniciativas substancialmente financiadas para prevenção das doenças e promoção da saúde. Eles devem proteger essas ações contra os inevitáveis aparos legislativos. Aspirações sem execução permanecem sem sentido. Os Departamentos de Saúde Pública devem ser fortalecidos para essa finalidade. Cuidados primários em centros de saúde comunitários e outros veículos para prevenção necessitarão de infusão de nova vida e de fundos e, não menos importante, de uma geografia que alcance as pessoas mais pobres e ameaçadas. [...] A assistência médica universal contribui para a saúde individual, mas apenas uma assistência sanitária abrangente combinada com amplas medidas sociais e de saúde pública pode ser capaz de reduzir as grandes e persistentes disparidades entre ricos e pobres".

É extremamente interessante notar que o único país do mundo desen-

volvido a não oferecer cobertura universal a seus cidadãos e constatar que as forças do mercado deixadas por si só foram incapazes de produzir essa cobertura ou garantir custos mais baixos e maior eficiência econômica do sistema, tenha decidido de maneira corajosa implementar amplo projeto de reforma de seu sistema de saúde. É lamentável que em países como o Brasil, em que os problemas são muito mais graves e as desigualdades muito mais gritantes e dramáticas, possam prosperar as teses já condenadas na pátria exemplar do liberalismo econômico. A experiência norte-americana de reforma sanitária deve ser acompanhada com interesse por todos os que propugnam a construção de um sistema de saúde em que todos, independentemente de sua condição social ou econômica, possam ter garantido de maneira equânime o acesso às melhores oportunidades de saúde e assistência sanitária que o mundo contemporâneo pode oferecer.

Notas

[1] O Grupo G-7 é composto pelos seguintes países: E.U.A., Alemanha, Japão, Reino Unido, França, Canadá e Itália.

[2] Em verdade, nesse sistema de pagamento prospectivo por procedimento, o valor unitário pago pelo programa Medicare por tratamento efetuado pelos hospitais a ele vinculados é composto de duas partes: *a)* a principal, calculada em base prospectiva e *b)* a complementar, relativa ao reembolso de certos custos específicos realizados pelo hospital.

No que se refere à parte do valor definida prospectivamente, ela é produto de dois fatores:

— o número de pontos do DRG correspondente ao tratamento efetuado, atribuído em virtude do seu nível de utilização de insumos;

— a tarifa básica do hospital, calculada com base no custo histórico, o perfil de produção (i.é., seu *case-mix*), o nível salarial da região a que pertença e a taxa de inflação estimada para o período em questão.

Retrospectivamente, são pagos os custos excepcionais dos hospitais referentes a pacientes *outliers* e os relativos a atividades de ensino.

[3] Por meio do método de classificação do produto hospitalar por grupos diagnósticos *(Diagnosis Related Groups — DRGs)* foram constituídas classes de procedimentos homogêneas do ponto de vista do diagnóstico e do custo, que levam em conta o diagnóstico principal e peculiaridades do paciente que afetam o custo de seu tratamento. Com base nessas variáveis, existem hoje quase 500 DRGs no sistema adotado nos E.U.A., que é periodicamente revisado com o objetivo de alcançar a maior homogeneidade possível em nível de utilização de insumos verificado em cada grupo.

Bibliografia

BROWN, E. R. (1994) Should Single-Payer Advocates Support President Clintons Proposal for Health Care Reform? *Am J Public Health* 84:182-5.

CLINTON, W. (1993) Presidential Address do the US Congress *in* The White House Domestic Policy Council, *The President's Health Security Plan*. Nova York, Times Book.

ENTHOVEN, A. (1993) The Crisis in Health Care: Prospects for Reform. *The Commonwealth*, April 9th.

FEIN, R. (1989) *Medical Care — Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy*. Cambridge, Harvard University Press.

GELIJNS, A. (1992) *Technology and Health Care in an Era of Limits*. Washington, DC, National Academy Press.

GINZBERG, E. (1992) *The Medical Triangle — Physicians, Politicians and the Public*. Cambridge, Harvard University Press.

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION, Office of Research and Demonstrations (1993) *International Comparisons of Health Care Systems*. Washington, DC., HCFA, mimeo.

INSTITUTE OF MEDICINE. (1993) *Assessing Health Care Reform*. Washington, DC., National Academy Press.

IGLEHART, J. K. (1992) The American Health Care System — Managed Care. *N Eng J Med*, 327:742-7.

KAUFMAN, R., NAUGHTON, J., OSTERWEIS, M & RUBIN, E. (1992) *Health Care Delivery — Current Issues and the Public Policy Debate*. Washington, DC., Association of Academic Health Centers.

KNICKMAN J. & THORPE, K. (1990) Financing for Health Care. In KOVNER, A. *Health Care Delivery in the United States*. Nova York, Springer Publishing Company.

LADENHEIM, K. (1993) *Expanding Access to Health Care. An Overview of 1992 State Legislation*. Intergovernmental Health Policy Project. Washington, DC., The George Washington University.

LEE, P. & ESTES, C. (1990) *The Nation's Health*. Boston, Jones and Bartlett Publishers.

NAVARRO, V. (1990) Federal Health Policies in the United States: An Alternative Explanation in The Politics of Health. In LEE, P. R. & ESTES, C. L. *The Nation's Health*. Boston, Johns and Bartlett Publishers.

——— (1994) The Need to Moblize Support for the Wellstone-McDermott-Conveyrs Single-Payer Proposal. *Am J Public Health*, 84:178-9.

NEWHOUSE, J. P. (1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment, *Health Affairs*, 12:152-71 (Supplement).

ROEMER, M. (1986) *An Introduction to the U.S. Health Care System*. Nova York, Springer Publishing Company.

STARR, P. (1991) *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Mexico, Fondo de Cultura Económica.

SUSSER, M. (1994) Health Care Reform and Public Health: Weighing the Proposals. *Am J Public Health,* 84:173-4.

THE WHITE HOUSE DOMESTIC POLICY COUNCIL (1993) *The President's Health Security Plan.* Nova York, Times Books.

THORPE, K. Health Care Cost Containment. In KOVNER, A. Op. cit.

UGÁ, M. A. (1992) *Sistemas de repasses financeiros a hospitais — o método de pós-pagamento prospectivo e sua aplicação através dos sistemas SIA e SIH/SUS.* Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial da UFRJ.

——— (1993) *Modalidades de transferencias financieras y sus incentivos sobre los prestadores de servicios de salud.* FICOSSER Meeting on Health Cost Containment Policies, Barcelona.

——— (1994) Ajuste e política social: a experiência latino-americana. *Revista Archetypon,* ano 2, n.º 5, Rio de Janeiro.

UNITED STATES CONGRESS. Prospective Payment Assessment Commission. (1992) *Medicare and The American Health Care System.* Report to The Congress, June.

WENNBERG, J. (1992) Innovation and the Policies of Limits in a Changing Health Care Economy. In GELIJNS, A. *Technology and Health Care in an Era of Limits.* Washington, DC, National Academy Press.

WESSNER, C. J. (1991) *State Strategies for Containing Health Care Costs: A Review of Selected State Programs.* Intergovernmental Health Policy Project. Washington, DC., The George Washington University.

WEIR, M. & SKOCPOL, T. (1985) State Structures and the Possibilities for 'Keynesian' Responses to the Great Depression in Sweden, Britain and the United States. In EVANS, P., RUESCHEMEYER, D. & SKOCPOL, T. *Bringing the State Back in Cambridge.* Cambridge, University Press.

POLÍTICA SANITÁRIA E NEOLIBERALISMO: O CASO DO MÉXICO

CATALINA EIBENSCHUTZ
SILVIA TAMEZ
CLAUDIA BODEK

A discussão sobre as diferenças ou semelhanças entre os países da América Latina foi motivo de diversos estudos e interpretações que se contrapunham entre si. Uma das questões essenciais centrava-se em quanto nossos países eram ou não parecidos.

Nos anos 60, a teoria da dependência tentou demonstrar que nos aspectos econômicos era possível uma periodicidade semelhante para todos os nossos países. De maneira similar os historiadores encontraram coincidência em alguns modelos políticos, formas de Estado e processos de independência, dentre outros aspectos.

A partir da década de 80, os processos econômicos e as soluções implementadas fizeram de toda a América Latina uma única região. Isso não significa que exista identidade total da cultura, nível de desenvolvimento etc. Os critérios para fazer a padronização de nossos países foram basicamente três:

a) a crise econômica e a dívida externa;

b) a política de ajuste imposta pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial;

c) a crise do Estado de Bem-Estar e sua brusca transformação num modelo neoliberal.

Diante dessa situação, cada país e cada governo da América Latina reagiu com base na própria realidade. Esse fato justifica aproximação comparada ao estudo da política sanitária da região, tanto no nível teórico quanto no prático.

O objetivo central deste trabalho é indagar quais foram as modalidades de instrumentalização do modelo neoliberal, no que se refere à Po-

lítica Sanitária e de Seguridade Social no México. Para isso foram selecionados alguns parâmetros que definem o campo de estudo: sistema e regime político, direitos de cidadania, instituições e modalidades de atendimento médico e de seguridade social e financiamento, cuja evolução no período anterior e posterior a 1980 será descrita resumidamente, considerando-se que foi o período em que ocorreram a crise e as mudanças e, por conseguinte, o redirecionamento neoliberal. O propósito principal será detectar o impacto que teve a mudança de modelo sobre a política sanitária e as instituições.

Sistema e regime político

A Revolução Mexicana de 1910 deu início a período de prolongadas lutas militares e políticas e, finalmente, obteve sua consolidação, dando lugar a grande estabilidade política a partir de 1938. Desta data e até 1982, o sistema político do México tem sido caracterizado como democrático, já que há eleições presidenciais diretas a cada seis anos, sem reeleição nem de presidente nem de governadores, condições que produziram a tão reconhecida estabilidade político-social do país.

Ao longo de todos esses anos, o Partido Revolucionário Institucional — PRI foi invariavelmente vencedor em todas as eleições. Isso foi possível em grande medida porque o sistema de fraudes eleitorais se transformou em parte constitutiva da cultura política do país[1].

Aos fatos anteriores é preciso acrescentar outros elementos de grande importância: o discurso oficial que, utilizando a retórica revolucionária, reconheceu a luta de classes, e o Estado que se encarregou de conduzi-la e mediá-la de modo muito eficaz. Por sua vez, as classes assumiram e reconheceram a versão oficial e se inseriram nela.

A sociedade civil compartilhou em grande medida os mitos e as perspectivas oficiais, a linguagem comum participou da terminologia oficial e o governo apropriou os argumentos e os conceitos da oposição. Esta assimilação de conteúdos supôs a sua reorientação e a neutralização.

A política social foi diferenciada e combinou-se com uma política salarial seletiva, o que provocou grande estratificação, ao mesmo tempo em que manteve importante mobilidade social, consolidando assim as bases sociais da dominação[2].

No plano econômico reconhecia-se o Estado como condutor da economia, impulsionador do desenvolvimento, fiador dos direitos sociais. Assim, o período de rápida industrialização que viveu o país de 1940 a 1954 lhe deu novo perfil, gerando um período de *desenvolvimento estabilizador* até 1970, enquanto o Estado atua como defensor do capital

nacional e os sindicatos representam a garantia das reivindicações sociais. O *boom* petrolífero do final dos anos 70 permitiu expandir a economia estatal, absorvendo também as funções que deixaram de ter interesse para a iniciativa privada.

Cidadania e assistência à saúde

Como na maioria dos países da América Latina, a cidadania no México é incompleta[3]. Isto se explica se considerarmos a hegemonia que o Estado tem mantido sobre a sociedade civil desde a época da conquista. Atualmente, essa hegemonia se manifesta por meio do corporativismo estatal capaz de canalizar as diversas lutas reivindicatórias. A cidadania mexicana, além de incompleta, tem caráter submisso ao mesmo tempo que explosivo, o que impede a manutenção de movimentos sociais à margem do governo por longo tempo[4].

É nesse contexto que se pode entender que o direito à saúde não faz parte da consciência de cidadania no México, sendo a assistência à saúde percebida como dádiva e não como direito trabalhista ou social. De fato, a atitude do governo nestes anos consistiu em suprimir a gratuidade no atendimento médico público porque a *população não aprecia o serviço se não lhe custa nada*, embora a contribuição seja baixa. Contudo, há que se destacar que os benefícios da seguridade social formam, de fato, parte da consciência dos trabalhadores, ainda que não da maioria dos cidadãos.

Assistência médica e seguridade social

Existe uma grande quantidade de artigos sobre as características das instituições mexicanas de saúde e seguridade social e sobre sua evolução histórica[5]. Aqui só se faz uma referência muito sintética da situação no México, antes da crise econômica (1982) e da Reforma Sanitária (1984) como ponto de partida para analisar as mudanças posteriores.

As principais instituições de atendimento médico eram e são até agora: Instituto Mexicano do Seguro Social — IMSS, Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado — ISSSTE, Secretaria de Salubridade e Assistência — SSA, os Serviços Médicos da Petróleos Mexicanos — PEMEX e os serviços da Secretaria de Defesa Nacional — SDN.

A seguir descrevem-se as características fundamentais do sistema de saúde antes da Reforma Sanitária de 1984.

Instituto Mexicano do Seguro Social — IMSS

Criado em 1943 com instalações de atendimento médico próprias (hospitais de segundo e terceiro níveis, clínicas familiares e de especialidades), cobre o atendimento médico dos trabalhadores formalmente contratados e de suas famílias, incluindo pais e filhos menores de 21 anos.

No âmbito do seguro social cobre: invalidez, velhice, desemprego em idade avançada e morte; doença comum e maternidade; riscos do trabalho; creches. Conta ainda com serviços funerários, escolas de capacitação para o trabalho, alfabetização, corte, costura e outras atividades manuais, centros desportivos e de lazer para os segurados, teatros etc.

Em 1974, estendeu a cobertura médica, farmacêutica e hospitalar, mediante o programa IMSS-COPLAMAR[6], administrado pelo IMSS, à população rural e marginalizada, que não tinha capacidade de contribuir para o instituto.

Em 1980, a cobertura legal de atendimento médico (incluindo o regime regular e o de COPLAMAR) se estendia a 50% da população mexicana que era de aproximadamente oitenta milhões de pessoas. O seguro social cobria algo mais de 6,3 milhões de trabalhadores. A infra-estrutura médica constava de 3.452 unidades médicas (incluídas unidades de consulta externa e hospitalização) e contava com 28.554 leitos *censables*[7].

Seu financiamento é tripartite (trabalhador, empregador e Estado). A proporção dos aportes foi mudando para aumentar a parte dos empregadores na rubrica *riscos do trabalho* e diminuir a do Estado, até chegar na atualidade à proporção de 25%, 70% e 5%, respectivamente.

Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado — ISSSTE

Criado em 1962, presta atendimento médico aos trabalhadores do Estado e a seus familiares (exceto ao marido quando se trata de trabalhadora) e conta também com instalações médicas próprias (clínicas e hospitais de segundo e terceiro nível).

Os benefícios previdenciários cobrem: incapacidade, velhice, morte, maternidade, doença em geral, riscos de trabalho, creches e alguns serviços culturais.

A cobertua médica legal era, em 1980, de cinco milhões de habitantes, aproximadamente 7% da população, e os segurados somavam 1,5 milhão de trabalhadores. A infra-estrutura era de 947 unidades médicas (também de consulta e hospitalização) e 5.315 leitos *censables*.

Secretaria de Salubridade e Assistência — SSA

Criada em 1942, devia atender a toda a população não segurada. Não cobria nenhum benefício de seguridade social, exceto assistência médica.

Seu financiamento é totalmente público, embora cobre por serviços, a chamada *cota de recuperação,* após avaliação do nível social do usuário. Em alguns períodos e lugares, porém, a assistência médica era totalmente gratuita. Contava com serviços no meio rural em todo o país, tanto hospitalar quanto ambulatorial. Em virtude de seu orçamento ser tradicionalmente reduzido, nunca teve cobertura real total e seu funcionamento era insuficiente, sobretudo no fornecimento de medicamentos.

Em 1980 contava com 2.952 unidades médicas, das quais 105 eram hospitalares, além de haver trinta hospitais no Distrito Federal para assistência aos habitantes da capital. A cobertura legal em 1980 era de aproximadamente 40% da população nacional.

Em 1960 foi criado o Instituto Nacional de Proteção à Infância — INPI que depende da mulher do presidente da república.

Assistência médica privada

A este respeito não existem dados confiáveis, mas geralmente se considerava que cobrisse 15% da população. O Censo de Serviços de 1980 registrou 1.208 estabelecimentos hospitalares privados. Segundo Soberón e col. (1989), em 1985 havia 1.360 unidades hospitalares particulares em todo o país, com 3.712 leitos, cifra ridícula, pois a média leito/unidade hospitalar deveria ser de 2,7 leitos por hospital[8]. Possivelmente aconteça que os consultórios privados com uma ou duas camas para partos apareçam como unidades hospitalares, já que os hospitais privados com todos os serviços não passavam, em 1980, de cinqüenta, em todo o país.

O México e o projeto neoliberal

A partir de 1982, começa uma época de fortes mudanças, que afetaram todas as instâncias do país, tanto em nível produtivo como administrativo, político, social e cultural. Esta situação tem sido denominada, genericamente, processo de modernização. Mas na verdade significa a implementação do modelo neoliberal em todas as esferas da realidade nacional. Isto é, trata-se de uma estratégia de desenvolvimento econômico que pretende deslocar o Estado interventor ocupado em desenvolver o mercado interno, substituindo-o pelos princípios econômicos de traço li-

beral que colocam o setor privado da economia e o mercado como eixo das novas relações sociais.

Para isso foram desenhadas e implantadas as políticas correspondentes que, dentre os aspectos mais importantes, caminham para a privatização e reprivatização das empresas estatais, o enfraquecimento das centrais de trabalhadores, a desregulação do investimento estrangeiro, o incentivo do investimento tanto nacional quanto internacional, além da redução do gasto social, tão estreitamente vinculado ao conteúdo deste trabalho.

O resultado dessa gestão em nível social é o surgimento de novos atores sociais. Em primeira instância é reconhecido o papel que as organizações empresariais assumiram sempre, transformando-as em atores políticos legítimos com representação própria em nível da tomada de decisões. Essa é uma velha reivindicação do setor empresarial que sempre lutou, entre outras coisas, pelo direito de participar livremente da vida política do país por meio dos partidos políticos e das eleições, pela desregulamentação das relações entre capital e trabalho e pela privatização da educação, além do reconhecimento legal da Igreja. Este último foi alcançado em 1992, mediante a modificação do artigo 31 da Constituição dos Estados Unidos Mexicanos e pelo reconhecimento diplomático do Vaticano.

Teoricamente, no campo político a modernização demanda democracia, que se traduz numa transformação das velhas formas de organização por modos de relação entre os setores produtivos afinados com o novo modelo de acumulação. Assim, as tradicionais formas de governar mediante mecanismos de cunho corporativo, como são as centrais sindicais, tanto industriais quanto agrárias e de serviços, vivem importantes momentos de ajuste e de contradição.

Por outro lado, as eleições presidenciais de 1988 expressaram o descontentamento popular com a situação econômica e social reinante, questionando a legitimidade do triunfo eleitoral de Carlos Salinas de Gortari, ao qual o governo teve de responder com a maior fraude eleitoral da história do país[9].

A privatização de setores tão importantes da economia como mineração, transportes, petroquímica, comunicações etc., implicou por sua vez *flexibilização* das relações trabalhistas entre os agentes produtivos. Assim, houve grandes cortes nos contratos coletivos, aumento no trabalho por empreitada, intervenção cada vez menor dos sindicatos na vida trabalhista e política do país. Tudo isso acompanhado de queda brutal do gasto público no que se refere ao atendimento das necessidades sociais como saúde, educação e moradia. Em 1979, esta rubrica representava 19,5% do Gasto Público Total e caiu para 9,7% em 1988[10]. Por outro lado, a pressão do pagamento do serviço da dívida externa em 1988 che-

gou a significar 56% do orçamento federal e afetou brutalmente o gasto público[11].

Em poucas palavras, podemos dizer que o Estado Benfeitor ou o Estado Social emanado da Revolução Mexicana, *emagrece* na mesma proporção em que avança o processo de privatização ou modernização. A reestruturação do Estado e sua redefinição dentro do novo padrão de acumulação demandam também uma administração pública que consiga maior eficiência e racionalização. A política de modernização e de desregulação requer ação governamental limitada e circunscrita à proteção da liberdade dos sujeitos sociais e individuais, além de zelar pelo cabal cumprimento dos acordos sociais e incentivar a atividade competitiva dos mercados.

Até agora, esse processo tem ocorrido de maneira heterogênea. A capacidade de reconversão tecnológica das empresas limitou-se às ligadas ao mercado internacional, como por exemplo, as da indústria automobilística, têxtil, siderúrgica e de telefonia, além das indústrias maquiladoras que estão fundamentalmente orientadas para exportação[12]. Esta situação acentuou a polarização econômica e social da população entre um setor com emprego e renda estáveis e outro marginalizado da modernidade, com poder aquisitivo muito deteriorado, com mercado de trabalho cada vez menor e informalidade maior em sua atividade econômica. No campo da proteção social, os dois setores enfrentam progressiva diminuição do salário indireto.

Vale a pena mencionar o autoritarismo utilizado pelo governo na aplicação das medidas econômicas e políticas acima mencionadas. Exemplo disso é o recorte de muitos dos contratos coletivos e, mais recentemente, a solução que se deu aos movimentos sindicais da Ford Motors de México (1991) e da Volkswagen de México (1992), nos quais o governo e os empresários, utilizando métodos de violência, repressão direta e intimidação, conseguiram diminuir significativamente os benefícios dos trabalhadores e introduzir a flexibilidade no processo de trabalho e nas relações contratuais, além de despedir grandes contingentes de trabalhadores.

O acirramento da crise a partir de 1982 se manifesta em todos os âmbitos da vida nacional e se explica, dentre outras coisas, por drástica queda do preço internacional do petróleo, forte pressão interna (empresarial) e externa (GATT, FMI), altíssimo endividamento público, altas taxas de juros, desigualdade de renda, esgotamento do modelo de controle político, queda de até 60% do valor aquisitivo dos salários[13]; falta de credibilidade no regime, corrupção, aumento nos índices de desemprego, deterioração dos serviços públicos e aumento dos índices de contaminação ambiental[14]. Esse panorama dos anos 80 encontra-se ainda ligado aos processos que afetaram a política mundial com a queda dos regimes so-

cialistas e da nova disputa pela hegemonia mundial e a redivisão das zonas de influência.

Os traços autoritários e corporativistas da tradicional organização social de nosso país entram em contradição com o projeto derivado da modernização econômica. Alguns dos novos sujeitos sociais demandam o reconhecimento de sua atuação como cidadãos, deseja-se nova legislação trabalhista que redefina o papel das organizações sociais e sua vinculação com o poder, acabando com as relações de caráter paternalista e clientelista.

Sob a administração de Miguel de la Madrid, em 1982 deu-se início ao processo de privatização e desregulação das empresas estatais e paraestatais. Mas foi na administração de Carlos Salinas de Gortari que o processo se acelerou. De acordo com a imprensa, *entre 1988 e 1989 o governo mexicano implementou uma política multifacetária de privatização e desregulamentação, mostra da qual é que até o final de 1990, das 1.115 empresas sobre as quais havia se anunciado a desincorporação, 990 tinham sido efetivamente desincorporadas*[15]. Num estudo de 756 empresas de propriedade estatal, 236 foram vendidas, 272 liquidadas, 140 desativadas, 82 fundiram-se e trinta foram transferidas a governos estaduais; as 48 restantes ficaram desregulamentadas publicamente ao serem aplicados os dispositivos legais em vigor[16].

Ao mesmo tempo, tiveram início novas formas de negociação com os E.U.A., tentando-se deixar de lado os tradicionais conflitos exacerbados pelo discurso nacionalista dos governos anteriores, apontando as áreas específicas de interesse comum. Isso dá origem ao Tratado de Livre Comércio entre E.U.A., México e Canadá que foi acertado em agosto de 1992. Atualmente é reconhecido o caráter interdependente entre os três países e a impossibilidade de se conseguir um projeto de desenvolvimento se não se incrementar a participação de nossa economia no mercado mundial.

O atual projeto neoliberal atravessa a nossa sociedade em sua totalidade. A restrição da atividade estatal põe a descoberto o livre jogo dos interesses empresariais (principalmente os ligados ao mercado internacional) e deixa a população em condições mais precárias no que se refere à capacidade de defesa para a satisfação de suas necessidades básicas, já que essa capacidade, e os diversos agentes de satisfação, estão sujeitos agora à livre ação do mercado. Aliás, não deixa de surpreender a pouca mobilização social ante a gravidade das medidas impostas, o que reflete um desconcerto generalizado ante a velocidade do processo de modernização.

A política sanitária

A partir de 1982, acentuou-se a tendência à utilização de modelos de assistência médica de baixo custo, já que a maior parte da extensão de cobertura se realizou com base na Atenção Primária à Saúde. Nessa época, o IMSS entrou em franca crise financeira, por causa em parte da diminuição do salário real dos trabalhadores. Diante dessa situação, e como parte das medidas populistas em busca da legitimidade para o regime, foram incorporados a essa instituição grandes setores da população que antes não tinham seguro social, por exemplo estudantes e taxistas.

Em 1984, realiza-se a chamada Reforma Sanitária, caracterizada por modificações no artigo 4.º da constituição, com o fito de garantir o *Direito à Proteção à Saúde*, que estabelece: *a)* toda pessoa tem direito à proteção de sua saúde; *b)* uma lei definirá bases e modalidades para acesso aos serviços de saúde; e *c)* a mesma lei estabelecerá a participação da Federação e das entidades federativas em matéria de salubridade geral.

Nas palavras de Soberón (1987), *o caráter de garantia social determina para o Estado a responsabilidade de prover o necessário para lhe dar crescente efetividade, ao contrário das garantias individuais, em que o Estado o que deve fazer é respeitá-las [sic]*[17]. Chama a atenção que no texto constitucional não se faça referência direta nem à cidadania, nem à cobertura universal nem à responsabilidade do Estado.

Essa garantia social se opera por meio da Lei Geral de Saúde, que cria o Sistema Nacional de Saúde — SNS, cujos objetivos são os seguintes[18]:

1. Oferecer serviços a toda a população e melhorar sua qualidade, atendendo aos problemas sanitários prioritários e aos fatores que condicionem e causem danos à saúde, especialmente nas ações preventivas;

2. Contribuir para o desenvolvimento demográfico harmônico do país;

3. Colaborar para o bem-estar da população mediante serviços de assistência social, principalmente a menores em estado de abandono, anciãos desamparados e deficientes, para propiciar sua incorporação a uma vida equilibrada no econômico e no social;

4. Dar impulso ao desenvolvimento da família e da comunidade, assim como à integração social e ao crescimento físico e mental da infância;

5. Apoiar a melhora das condições sanitárias do meio-ambiente que propiciem o desenvolvimento satisfatório da vida;

6. Impulsionar um sistema racional de administração e de desenvolvimento dos recursos humanos para melhorar a saúde;

7. Cooperar para a modificação dos padrões culturais que determinem hábitos, costumes e atitudes relacionados com a saúde e com o uso dos serviços que se prestem para a sua proteção.

Os componentes do SNS são:

— entidades do setor saúde para as quais se aplica a obrigatoriedade;

— governo das entidades federativas que se vinculam através da coordenação com o governo federal;

— setores sociais e privado que se incorporam mediante convênio e indução com apoio na consulta popular.

O setor é integrado pelas instituições apontadas no parágrafo anterior, encabeçadas pela Secretaria de Salubridade e Assistência, que troca seu nome por Secretaria de Saúde — SS. As estratégias para a consolidação do SNS foram: 1. setorização; 2. descentralização; e 3. modernização administrativa. Desde o início o SNS teve grandes limitações para cumprir os objetivos que lhe foram atribuídos. Um deles foi o de exercer realmente a direção e a coordenação de todo o sistema através da Secretaria de Saúde; contudo, as duas maiores instituições de seguridade social (IMSS e ISSSTE) não viram afetado de modo signifieativo seu modelo de atenção e de funcionamento, já que se limitaram a incluir o secretário de Saúde em seus órgãos de direção[19].

No campo da assistência social à infância, o antigo INPI se transformou no Sistema Nacional para o Desenvolvimento Integral dá Família — DIF e estendeu suas ações ao setor juvenil e aos idosos.

O eixo mais importante do SNS foi a estratégia de descentralização, que afetou somente as instituições públicas que prestam serviços à população aberta, definida como a que não tem direito à seguridade social. Essa política foi considerada (dentre outras coisas) como parte do projeto democratizador da sociedade mexicana. Isto é, entregar aos estados federados a administração e a direção do setor saúde em sua localidade, e em alguns casos chegou-se até o nível municipal (por exemplo, o município de Acapulco, no Estado de Guerrero).

Mas há que se destacar a forma centralizada e autoritária com que se tomou a decisão de efetuar esta descentralização, já que, até onde há registro, nenhuma entidade federativa ou municipal de nosso país tinha demandado até então autonomia de gestão na saúde. Mais recentemente este projeto tem sido deixado de lado, tendo conseguido descentralizar apenas catorze dos 32 estados.

Cabe salientar que a única menção que se faz nos documentos oficiais ao setor privado de assistência médica é a que se refere à sua participação no SNS. Isso surpreende em relação à mudança de modelo do Estado mexicano regido pela política de privatização que, em outros setores, como o econômico, comunicações e educação, é mencionado com toda a clareza. Como se analisa mais adiante, a política de privatização do setor saúde existe, mas não faz parte do discurso oficial[20].

Programa Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde é uma responsabilidade da cúpula do setor (SS) e sua elaboração se deriva da Lei de Saúde e Seguridade Social, que tem como primeiro antecedente a Lei de Planejamento e o Plano Nacional de Desenvolvimento — PND. Um dos capítulos do PND é o do Acordo Nacional para a Melhoria Produtiva do Nível de Vida, que está *[...] orientado para obter o bem-estar da nação e destaca os aspectos saúde e seguridade social, acesso à justiça, educação, cultura e arte, desporto e juventude, alimentação, abastecimento, moradia e serviços urbanos*[21], sendo um dos componentes a Lei de Saúde e Seguridade Social acima mencionada.

Antes de descrever os aspectos mais importantes do Programa Nacional de Saúde — PNS 1990-1994, é conveniente destacar que por razões desconhecidas ele foi elaborado um ano depois da data estabelecida.

O Acordo Nacional já mencionado contém quatro linhas estratégicas: 1) criação abundante de empregos bem remunerados; 2) proteção e aumento do poder aquisitivo do salário; 3) atendimento a demandas prioritárias de bem-estar social, aí incluída a assistência à saúde; e 4) erradicação da pobreza extrema. Para conseguir a quarta estratégia, foi criado o Programa Nacional de Solidariedade, com base no qual *se procura combater a pobreza extrema no meio urbano marginalizado e nas zonas rurais por meio de ações de educação, alimentação, saúde, moradia, água potável, dentre as principais rubricas*[22].

Objetivos e estratégias do PNS 1990-1994

Dentro dos propósitos explícitos do PNS se encontram: promover uso racional dos recursos disponíveis e utilizá-los com *austeridade e transparência*, e conceber a saúde não exclusivamente como meio útil em si, mas como fim a se conseguir como parte do desenvolvimento sócio-econômico do país[23].

Para tal, menciona-se que os serviços deverão estar orientados a fomentar a saúde, a prevenir as doenças, a restaurar a saúde quando esta for perdida e a reabilitar quem tiver algum grau de invalidez ou de incapacidade.

O objetivo geral do PNS é *[...] impulsionar a proteção a todos os mexicanos, oferecendo serviços e atendimento oportunos, eficazes, eqüitativos e humanitários que colaborem efetivamente para a melhora de suas condições de bem-estar social, com a participação das comunida-*

des e dos três níveis de governo como meio eficaz para conseguir os recursos necessários[24].

Apesar de incluir o nível preventivo, curativo e de reabilitação, o apoio principal se deu à Atenção Primária à Saúde — APS, cujo conteúdo preventivista se orienta para transferir os custos e a responsabilidade da saúde para a população. Para conseguir o objetivo, foram propostas as seguintes políticas: incentivo à cultura da saúde; acesso universal aos serviços de saúde, com eqüidade e qualidade; prevenção e controle de doenças e acidentes; prevenção e controle do meio ambiente e saneamento básico; contribuição para regular o crescimento demográfico e incentivo à assistência social.

Entre as políticas do PNS que articulam a maioria das ações e as mudanças que elas implicam, encontram-se as que dão prioridade às zonas marginalizadas e à população materno-infantil, o que sem dúvida tem relação com as altas taxas de mortalidade nesses setores e nesse grupo populacional. Nessa estratégia se incorpora também a necessidade de implantar um modelo de atenção primária da saúde[25], ou seja, estabelece-se a seletividade dos serviços para grupos de alto risco por meio de um serviço que, mais que de assistência primária, é simplificado, barato e muito deficiente.

As estratégias centrais do programa são:

— *Coordenação funcional do Sistema Nacional de Saúde.*

Essa estratégia teve sérias dificuldades para avançar em virtude de, como destacamos anteriormente, as instituições de seguridade social não terem modificado substancialmente seu funcionamento. Conseguiu-se exclusivamente uma coordenação efetiva para os programas de imunizações e de planejamento familiar.

— *Fortalecimento dos sistemas locais de saúde.*

Essa estratégia se pretende atingir com o estabelecimento, em todos os estados, de um modelo de serviços de saúde para a população aberta, sustentado basicamente por programas da APS[26].

— *Descentralização dos serviços de saúde.*

As limitações dessa estratégia foram assinaladas na seção anterior, mas se deve acrescentar que, a partir de 1988, o Presidente Salinas de Gortari acentuou a centralização de toda a vida nacional como medida para recuperar legitimidade.

É importante mencionar que a descentralização para o caso IMSS-COPLAMAR significou praticamente seu desmantelamento em muitos estados da república, já que os governos descentralizados não assumiram os custos que implicavam a manutenção de tal programa.

Outro fato importante que aconteceu na estratégia em questão é que os estados descentralizados se sentiram obrigados a buscar novas fontes

de financiamento, para o que aumentaram, por diversos mecanismos, as *cotas de recuperação* (pagamento direto dos serviços). Num estudo, descobriu-se que a elevação de contribuições flutuava entre 90% e 253%[27].

— *Coordenação intersetorial.*

Com tal objetivo foram estabelecidos catorze grupos interinstitucionais. Os dados oficiais destacam como êxitos principais os avanços alcançados no Programa de Planejamento Familiar, o estabelecimento do Quadro Básico Intersetorial e a transferência de serviços. Na avaliação do PNS realizada por Valdés e outros, também se destaca como objetivo importante dessa estratégia o controle e incentivo à indústria químico-farmacêutica, que parece bem distante de ser obtido, em virtude da natureza monopolística e transnacional desse setor[28].

A esse respeito, o atual secretário de Saúde declarou que *[...] o papel da Secretaria de Saúde é fundamental: garantir o fornecimento dos mais eficazes e seguros medicamentos, para o que incentiva e regulamenta tanto o medicamento propriamente dito, produto ou especialidade farmecêutica, como a matéria-prima e os componentes e excipientes que entram na composição do medicamento e de seu processo. A ingerência da SSA se estende à indústria fármaco-química e farmacêutica e à produção nacional e importação de medicamentos*[29]. Na atualidade, a elevada importação de matérias-primas farmacêuticas reflete o fracasso da política acima resumida.

— *Participação da comunidade.*

As únicas ações nas quais se realizou de maneira maciça e evidente esta participação foi durante os Dias Nacionais de Vacinação. Além disso, na verdade, a participação se traduz em transferir custos e responsabilidades à população (*autocuidado* com a saúde e culpabilização diante da enfermidade), já que o nível de decisão, vigilância e gestão dos serviços fica na instituição.

Modelo neoliberal e evolução do gasto com saúde

Já foi assinalado que uma das características do modelo é a restrição ao gasto social. Para o caso do gasto com saúde, a redução foi muito importante. Observa-se uma queda a partir de 1982, quando o gasto com saúde era de 2,37% do PIB e chegou a 1,72% em 1988[30].

Por outro lado, a inflação implicou uma queda do poder real de compra dos recursos disponíveis. Um dado ilustrador é que a inflação foi de 29,8% em 1980 e em 1982 chegou a 98,8%, alcançando 158,7% em 1987, ano em que se dá início a uma política econômica muito enérgica e a inflação começa a cair[31].

Quadro 1
Distribuição do gasto com saúde. 1980-1989 (Bilhões de pesos)

Ano	Seguridade social		População aberta	
	Corrente	Constante	Corrente	Constante
1980	67.316	67.316	27.117	27.117
1981	96.651	75.098	38.654	30.034
1982	170.310	66.565	62.367	24.367
1983	254.722	55.065	82.940	17.930
1984	398.202	54.139	142.358	19.355
1985	628.443	52.195	240.095	19.941
1986	1.100.419	44.431	431.137	17.408
1987	2.807.116	43.643	960.120	14.927
1988	4.876.191	49.975	1.980.394	20.296
1989	8.663.702	74.179	2.471.518	21.161

Fonte: VALDES OLMEDO, C. (1990) *Política de salud en México. Una visión global.* Unidad de Apoyo para Facultades y Escuelas, UNAM.

A distribuição do gasto entre as diferentes instituições do setor saúde mostra a iniqüidade entre as que oferecem serviços à população aberta e as de seguridade social. Assim, temos que em 1980 de cada 1.000 pesos gastos, 287 destinavam-se à população aberta e o restante às instituições de seguridade social; em 1988 esta cifra desceu a 255 pesos, aumentando o nível de iniqüidade[32].

O Quadro 1 mostra a distribuição do gasto em saúde entre população coberta pela seguridade social e população aberta (não segurados com direito a atenção médica pública). Pode-se observar que entre 1980 e 1988 o gasto diminui para os dos conjuntos populacionais e que em 1989 a recuperação para o contingente segurado é de 48% mas somente de 5% para a população aberta.

Relacionando os dados do Quadro 1 com população aberta e comparando os anos de 1982 e de 1989, podemos estimar que a iniqüidade é uma tendência do SNS. Com base nesses dados podemos calcular que para as instituições de seguridade social o gasto *per capita* em 1982 foi de US$231,2 por beneficiário, cifra que caiu para US$175,7 em 1988, uma queda de 24,2%. No caso das instituições de população aberta, para 1982 este indicador foi de US$126,7 por pessoa coberta, cifra que caiu em 1989 para US$68,7, ou seja, houve decréscimo de 45,7%.

Em contrapartida, se compararmos as informações do Quadro 1 sobre população com as do Quadro 2 relativas a cobertura potencial por instituição, podemos observar a evolução da cobertura dos serviços entre 1982 e 1990 e descobrir que proporcionalmente o IMSS diminuiu sua

cobertura em 5,6 pontos percentuais, ao passo que a da SSA a aumentou em 6,5 pontos percentuais. Ou seja, se ponderarmos a evolução da dotação orçamentária a partir da evolução da cobertura, verificamos que a iniqüidade continua em alta.

Por outro lado, as instituições também sofreram o impacto da crise. Se bem durante a primeira metade da década de 70 a seguridade social tenha aumentando a participação no PIB de 2,87% em 1970 para mais de 3% nos anos seguintes, até chegar a 3,64% em 1976, no período de 1980-1990 os orçamentos *per capita* do ISSSTE e do IMSS diminuíram 44%. A crise financeira de 1982 se reflete em porcentagem do PIB para a seguridade social de 2,05%. Assim mesmo, o gasto total em termos absolutos para 1983 alcançava apenas o nível de 1975[33].

O panorama financeiro acima resumido mostra um contexto de deterioração econômica e funcional dos serviços de saúde, que é mais profunda para os serviços para a população aberta, em sua maioria prestados em unidades de Atenção Primária.

Em síntese, e de acordo com Soria (1988), *a crise gerou contradição entre a diminuição do gasto em saúde e seguridade social e o aumento da cobertura exigida pela necessidade de legitimação do Estado*[34]. Efetivamente, esses elementos constituem o terreno sobre o qual está começando a privatização dos serviços, que pode significar sérios riscos para a saúde de grandes setores da população mexicana.

Quadro 2
Cobertura potencial e/ou legal por instituição, 1980-1990
(milhares de pessoas)

Ano	SSA		IMSS-SOL		IMSS		ISSSTE		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1980	N.D.	-	3.771	-	24.125	-	4.985	-	-
1981	N.D.	-	6.490	-	26.916	-	5.319	-	-
1982	11.500	22,3	7.721	15,0	26.885	52,1	5.468	10,6	51.574
1983	12.500	23,3	8.542	16,0	26.977	50,3	5.611	10,4	53.630
1984	13.500	23,2	9.357	16,0	29.388	50,4	6.080	10,4	58.325
1985	14.874	23,3	11.082	17,3	31.529	49,3	6.447	10,1	63.892
1986	15.924	25,6	8.223	13,2	31.062	50,0	6.957	11,2	62.171
1987	18.998	27,5	8.489	12,3	34.336	49,6	7.357	10,6	72.684
1988	21.779	29,9	8.424	11,7	35.066	48,2	7.415	10,2	72.720
1989	22.500	29,7	8.281	10,9	37.213	49,1	7.844	10,3	75.838
1990[a]	23.437	28,8	11.845	14,5	38.083	46,7	8.163	10,0	81.528

[a] População estimada.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras com base em: Presidencia de la República. *Segundo informe de gobierno Carlos Salinas de Gortari,* Anexo estadístico 1990.

Evolução da cobertura

Ao analisarmos a cobertura institucional é necessário esclarecer que as cifras oficiais se referem à cobertura potencial e/ou legal, e não à usuária. As definições do SNS a esse respeito são[35]:

— Cobertura potencial: *o segmento da população aberta ao qual pode se prestar atenção médica de acordo com os recursos humanos e/ou materiais disponíveis* e representa *a capacidade de oferta de serviços.*

— Cobertura legal: *é o conjunto de pessoas com direito a seguridade social, conforme o estabelecido pela lei. Este grupo inclui os segurados contribuintes diretos, os pensionistas e os familiares ou beneficiários de ambos.*

— População usuária: a que realmente faz uso dos serviços de saúde a que tem direito, e que teve no mínimo um contato ao ano com os serviços de saúde.

A evolução da cobertura potencial ou legal das instituições no período 1980-1990 mostra crescimento constante da cobertura potencial e legal de todas as instituições, exceto do IMSS-SOLIDARIEDAD (ex-IMSS-COPLAMAR) que aparentemente diminui sua cobertura a partir de 1986.

No Quadro 2 os dados são analisados como porcentagem da população, o que permite observar que durante a década passada o IMSS teve a maior cobertura, posto que atendeu a cerca de 50% da população; não obstante, entre 1982 e 1990 caiu de 52,1% para 46,7%. Já a cobertura do ISSSTE foi constante no mesmo período, mantendo-se na faixa de 10,6% a 10%. Por sua vez, a Secretaria de Saúde elevou sua cobertura potencial de 22,3% para 28,8%. Quer dizer, ainda que tenha aumentado a cobertura por número de habitantes em todos os casos, ela não acompanhou o crescimento populacional.

Por outra parte, ao comparar os dados de cobertura legal e/ou potencial das principais instituições com os de população usuária, observa-se que cerca de 30% da população legal e potencial não faz uso dos serviços[36]. Entre as diversas razões para tanto podemos mencionar: dificuldade de acesso geográfico, recursos cada vez mais insuficientes, longas filas de espera, elevação das *cotas de recuperação,* perda de qualidade da atenção ou, simplesmente, obstáculos sócio-econômicos para o acesso.

É de interesse sublinhar que parte dessa população não usuária constitui o mercado potencial para a atenção privada (cerca de vinte e cinco milhões de habitantes ou 20%). Já a outra parte é a que vive na marginalidade e na pobreza extrema, que segundo algumas estimativas representa dez milhões de mexicanos (13%) que não têm direito real, ainda que potencial,

aos serviços. A essas cifras há que somar os 4,2 milhões que não têm sequer cobertura potencial e que conformam déficit muito significativo na cobertura real (ao redor de quinze milhões de mexicanos).

Quanto ao IMSS-SOLIDARIEDADE, sua cobertura potencial registrou queda importante entre 1982 e 1989 medida tanto em números absoluto como relativos (Quadro 2), posto que passou de 15% para 10,9%, em virtude, em parte da descentralização, que implicou a transferência de unidades desse programa para as secretarias de Estado. No mesmo Quadro 2 se observa que a estimativa para 1990 é de aumento brusco de 14,5% na cobertura, o que provavelmente tem mais relação com a necessidade de legitimação política do que com as possibilidades reais de crescer a essa velocidade. Cabe lembrar que o instrumento mais importante de legitimação do presente governo é o Programa Nacional de Solidariedade (PRONASOL), do qual faz parte o IMSS-SOLIDARIEDADE e que por sua importância será descrito a seguir.

Programa Nacional de Solidariedade

Este programa foi anunciado pelo Presidente Salinas de Gortari no discurso de posse, em 1988, em meio a séria crise de legitimidade. Sua aplicação teve início seis meses depois. Destina-se às zonas de extrema pobreza e é substituto dos programas de política social da etapa do Estado Benfeitor.

Suas características foram, durante os primeiros três anos de governo, de excessiva centralização na figura do presidente, que viajava pelas zonas marginalizadas do país, reunia as comunidades, perguntava quais eram as principais necessidades e aí mesmo preenchia um cheque no valor solicitado, com a única condição de que a comunidade se comprometesse a realizar o trabalho correspondente. A esse mecanismo chamou-se *crédito à palavra*.

As ações do PRONASOL cobriram dotação de água potável, eletrificação, assistência médica, construção de estradas, telefone, moradia, posse da terra, apoio tecnológico à produção agropecuária, serviço social e universitário, programas de pesquisa-ação, bolsas de estudo, escolas etc. O financiamento se obtinha dos orçamentos das diferentes secretarias de Estado e se constituiu em prioridade máxima da política governamental. Era dirigido seletivamente às zonas onde o PRI tinha perdido as eleições presidenciais de 1988 e apoiado por intensa e impactante campanha de difusão nos meios de comunicação de massa.

Depois de três anos de implementação do PRONASOL, viu-se o resultado positivo nas eleições para deputados e senadores e isso serviu

para que o presidente declarasse que o modelo mexicano não era neoliberal, mas *liberal social*[37].

A partir de junho de 1992, cria-se a Secretaria de Desenvolvimento Social, que institucionaliza o PRONASOL, e é designado como titular do órgão o presidente anterior do PRI.

Privatização da saúde

Como se destacou em seções anteriores, a privatização da saúde nunca fez parte do discurso oficial. Mais ainda, os dirigentes do setor negaram sistematicamente os planos de privatização quando questionados a esse respeito[38], enquanto representantes do setor privado vinham pressionando pela privatização há cerca de três anos[39].

É um fato que até agora a privatização dos serviços de saúde tem sido realizada por via *indireta* como se analisa a seguir.

Formas de privatização

Existem várias formas possíveis de proceder à privatização. Para o caso do México nos interessa destacar as seguintes:

a) Transferência direta das instituições públicas à iniciativa privada, processo que não se dá no caso mexicano porque as instituições de assistência médica do setor público e social contam com infra-estutura própria, muito extensa, que historicamente constituiu um dos mecanismos de legitimação mais importantes dos governos.

b) Privatização de alguns serviços parciais dentro das instituições, como por exemplo limpeza e lavanderia, forma que já se implementa no IMSS e no ISSSTE.

c) Sub-rogação da assistência médica de segundo e terceiro nível a hospitais privados, mecanismo que sempre existiu no país mas que cresceu de maneira significativa a partir de 1980.

d) Incentivo à iniciativa privada para investir na construção de hospitais, mediante seguros médicos privados, que aumentaram 50% segundo Soria (1991)[40].

e) Privatização de algumas rubricas da seguridade social, que teve início em 1992 mediante o sistema de poupança para a aposentadoria (SAR) em bancos privatizados e que descrevemos com detalhes mais adiante.

Estratégias privatizadoras

A privatização se coloca abertamente na política econômica mas não se dá o mesmo na política sanitária e de seguridade social, em que o governo teve de traçar algumas estratégias que justifiquem a privatização, já que a população mexicana até 1980 estava mais ou menos satisfeita com a prestação dos serviços, sobretudo os de segundo e terceiro nível. As instituições de seguridade social constituíam, além disso, mecanismo reconhecido e respeitado para garantir a justiça social.

As estratégias desenhadas pelo governo para contrabalançar os atores sociais contrários à privatização são as seguintes:

— eliminar do discurso oficial menção do processo de privatização e fazê-la com fatos;

— tolerar e incentivar o desprestígio das instituições públicas e sociais de assistência médica, mediante severo corte orçamentário e salarial;

— oferecer apólices de seguros médicos privados sem custo direto para o trabalhador, a alguns setores de trabalhadores do Estado, dentre eles os universitários, para garantir efetiva utilização da atenção médica privada.

Seguros médicos privados

Como se mencionou anteriormente, o crescimento dos seguros médicos em nosso país tem sido significativo e constitui uma das formas de privatização da assistência médica. Dados recentes no que se refere a seguros de gastos médicos constatam essa tendência. Em análise interna e confidencial realizada por uma empresa de seguros encontramos os seguintes dados:

— Ao comparar o primeiro quadrimestre de 1992 com o de 1991, observa-se aumento de 119% nos prêmios e de 79% nos sinistros cobertos pela seguradora.

— Os aumentos mais importantes, tanto em prêmios como em sinistros, registraram-se em Monterrey, Hermosillo, C. Juárez e Guadalajara, cidades para as quais se informam prêmios no valor de 13,241 milhões de pesos e sinistros no valor de 9,300 milhões de pesos ao mês em abril de 1992. Isso significou aumento de 349% em prêmios e de 169% em sinistros.

— Em particular chama a atenção a cidade de Monterrey, na qual o número de prêmios quadruplicou (de 1.859 em abril de 1991 para 7.480 no mesmo mês de 1992); por sua vez, em 1991 em C. Juárez e em C. Reynosa não existiam seguros médicos registrados por essa companhia mas em abril de 1992 foram registrados 2.968 e 1.473, respectivamente.

Além desses dados, o aumento de 250% em prêmios de gastos médicos a mais registrado em Hermosillo expressa uma seletividade na população coberta, já que as cidades mencionadas são pólos dinâmicos da economia nacional, onde é necessário manter em boas condições de saúde os empregados. É também de grande interesse o fato de que os maiores aumentos se registrem em cidades nas quais a indústria de maquilagem cresceu de maneira impressionante na última década.

No mesmo estudo, no capítulo de medidas recomendadas, é interessante observar as sugestões em relação ao controle de renovações em empresas com alto grau de sinistros, restrição do reconhecimento de antigüidade, subscrição seletiva de riscos e vigilância nas renovações com base na experiência dos segurados. Sem dúvida, essas medidas objetivam limitar cada vez mais a cobertura dos seguros, além de cobrir preferencialmente a população de baixo risco, o que aumenta a rentabilidade do seguro privado.

Além disso, como assinalado anteriormente, alguns aspectos da seguridade social foram cedidos ao setor privado de maneira indireta, como é o caso do Sistema de Poupança para a Aposentadoria (SAR), que passamos a detalhar.

Sistema de Poupança para Aposentadoria — SAR

Em fevereiro de 1992 foram aprovadas na câmara dos deputados as modificações à lei do IMSS e do ISSSTE, necessárias para o decreto presidencial que cria o SAR. O novo sistema afeta patrões e trabalhadores assalariados do país e inclui os servidores do Estado.

O governo justifica este programa como conseqüência dos objetivos traçados no Plano Nacional de Desenvolvimento 1989-1994 com relação à melhora das condições de bem-estar social. Considera-se o SAR sistema complementar de poupança para a aposentadoria, com objetivo de aumentar os recursos disponíveis dos trabalhadores ao encerrarem seu período produtivo. Para conseguir isso, o setor patronal é obrigado a aportar *mensalmente quantia equivalente a 2% do salário tabulado conforme posto e nível de cada trabalhador, estabelecendo-se como teto de tal salário tabulado o equivalente a vinte e cinco vezes o salário mínimo geral diário que esteja em vigor no D.F. naquele mês*[41].

Os patrões depositarão a soma mensalmente na instituição bancária que lhes convier, acompanhando-a com a informação relativa ao número e ao montante de salário de cada um de seus trabalhadores. A instituição de crédito, por sua vez, creditará o montante correspondente a cada trabalhador em uma conta individual.

O decreto presidencial foi acompanhado, dias depois, por uma série de *regras* estabelecidas pelo Banco do México, assim como *normatizações* baixadas pela Secretaria de Fazenda e Crédito Público para implementação do SAR[42]. O que interessa destacar é que, visto no conjunto, o SAR consegue entregar grande soma em dinheiro às instituições bancárias — recentemente reprivatizadas e pagas em média quatro vezes o seu valor nominal contábil, e portanto ávidas para recuperar o capital investido em sua compra. Esse valor fica sujeito a créditos a cargo do governo federal (pelo menos no caso dos servidores do Estado), esperando-se que gere *juros a taxa não inferior a dois por cento ao ano pagáveis mensalmente mediante seu reinvestimento nas respectivas contas*[43].

De acordo com os documentos publicados no *Diário Oficial*, os trabalhadores poderão dispor de seu dinheiro no momento da aposentadoria na forma de pensão vitalícia (plano e montante que fiquem acertados entre o trabalhador e a instituição de crédito) ou numa única retirada. Enquanto isso, o trabalhador poderá fazer os aportes que desejar para aumentar seu capital, que lhe renderá depois do pagamento das comissões de operação[44] e de impostos, pelo menos 2% ao ano. Destaca-se ainda que o titular da conta terá *direito* a um extrato detalhado anualmente; em caso de requerer tal documento de maneira *extemporânea*, ou seja, antes de um ano, a instituição estará obrigada a entregá-lo, sempre e quando se cobrir o custo que o banco fixar para sua emissão.

Na verdade, trata-se de programa que se define como *complementar* às atuais condições de aposentadoria e no benefício da capacidade econômica dos trabalhadores mas que até agora só implicou a obtenção de grandes somas pelos bancos, o volumoso aumento de sua *clientela*, e promessa de capital a longo prazo para aposentadoria dos trabalhadores.

Esse capital vai gerar lucros extraordinários para as instituições de crédito devido por sua administração e juros muito abaixo do custo percentual médio da taxa de juro bancário (que era para o mês de junho de 1992 de 16,01%[45].

A essa situação é preciso acrescentar que no período de transição entre a entrada em vigor do decreto (abril de 1992) e a geração de contas individuais (a partir de setembro de 1992), os juros que sejam gerados serão destinados a cobrir custos de *abertura de contas* nas instituições bancárias.

Além das razões apresentadas pelo governo para justificar a criação do SAR, existem razões não explícitas dentre as quais estão a tendência liberal do Estado de transferir ao setor privado a maioria das atividades financeiras rentáveis; estimular a iniciativa privada para compra dos bancos estatizados em 1982; e por último a quebra financeira do IMSS no ramo de invalidez, velhice, desemprego e morte[46].

Esse sistema tem profunda semelhança com o que foi adotado pelo Estado chileno durante a ditadura pinochetista, o que se explica pela assessoria que nessa matéria deram especialistas chilenos, segundo denunciou a imprensa ao longo de 1991[47].

Conclusões

A partir de 1982, o México cumpriu as metas impostas pelo Fundo Monetário Internacional de restringir a ingerência do Estado no setor social e produtivo, evoluindo para um modelo de desenvolvimento de traço neoliberal.

Este processo impactou de maneira significativa a área de assistência médica e da seguridade social, baixando brutalmente os níveis de investimento nelas, contendo os salários e privatizando de forma indireta as duas funções.

A privatização se liga diretamente ao setor financeiro mediante a reprivatização dos bancos estatizados, a criação do Sistema de Poupança para a Aposentadoria e incentivo às companhias seguradoras privadas.

Reformula-se a política social por meio do PRONASOL para recuperar a legitimidade perdida durante os primeiros anos de adoção do modelo neoliberal de desenvolvimento. O centralismo e o autoritarismo com o qual se impuseram essas transformações à sociedade em seu conjunto estão vinculados diretamente ao perfil da cidadania mexicana, que não foi capaz de responder ativamente à substração de seus direitos.

A dificuldade na obtenção de informação direta com respeito à privatização na área da saúde, junto ao grande número de interesses que se põem em jogo neste processo, coloca a necessidade de incentivar a pesquisa neste campo com base em fontes diretas que permitam dar a conhecer, de maneira objetiva, a situação real e suas conseqüências para o conjunto da população a curto e médio prazo.

Notas

[1] GARRIDO, L. J. (1986) *El Partido de la Revolución Institucionalizada*. México, Siglo XXI.

[2] Ver por exemplo GONZALEZ CASANOVA, P. & FLORESCANO, E. (1980) *México hoy*. Siglo XXI, 4.ª ed.

[3] SANTOS, M. (1987) *O espaço do cidadão*. São Paulo, Nobel.

[4] Ver por exemplo EIBENSCHUTZ, C. (1981). Hegemonía y salud en el Estado mexicano. *Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 27(106):39-66 e SALDIVAR, A. (1988) *Ideología y política del Estado mexicano (1970-76)*. México, Siglo XXI, 6.ª ed.

[5] Ver por exemplo LOPEZ ACUÑA, D. (1980) *La salud desigual en México*.

México, Siglo XXI; ORTIZ QUEZADA, F. (1980) *Vida y muerte del mexicano,* México, Folios, Tomo II; EIBENSCHUTZ, C & RAPHAEL, T. (1991) Institucionalización de la política sanitaria. El caso de México. *Cuadernos Médico Sociales* (55):79-98; COPLAMAR (1983) *Necesidades esenciales en México. Salud.* México. Siglo XXI, vol. 4, 2.ª ed.

6 COPLAMAR — Coordenação Geral do Plano Nacional de Zonas Deprimidas e Grupos Marginados. Programa iniciado em 1977 pelo Presidente López Portillo e financiado pela presidência da república. Ao IMSS somente cabe a gestão dos programas de saúde IMSS-COPLAMAR.

7 Leitos *censables:* excluem os leitos dos serviços de urgência, berços e leitos destinados a provas de laboratório e gabinete. Dados do *III informe presidencial 1991*. Anexos.

8 SOBERON, G. et al. (1989) Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta. *Salud Pública Mex.* (31): 346-69.

9 GOMEZ TAGLE, S. (1988) Los partidos, las elecciones y la crisis. In GONZALEZ CASANOVA, P. & CADENA, J. (coord.) *Primer informe sobre la democracia: México 1988*. México, Siglo XXI, p. 209-84.

10 PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. *Informes presidenciales 1988 e 1989.* Anexos.

11 AA.VV. (1989). *Política sanitaria mexicana en los ochenta*. Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria, Fin de Siglo, p. 14.

12 TAMEZ, S. (1990) *Flexibilidad productiva y accidentes del trabajo*. Tesis de grado, maestría de Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

13 GUTIERREZ, E. (1990) La crisis laboral y el futuro del trabajo. In ——— *La ocupación del futuro*. Nueva Sociedad, p. 63-87.

14 ANGUIANO, A. (coord.) (1991) *La modernización de México.* Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

15 *El Financiero.* 25 de outubro, 1990.

16 DE LA GARZA, E. (1991) Reconversión industrial y cambio en el padrón de relaciones laborales en México. In ANGUIANO, A. Op. cit., p. 315-67.

17 SOBERON, G. (1987) El cambio estructural en la salud. *Salud Pública Mex.* (29):145.

18 VALDES, O. E. et al. (1984) Sistema nacional de salud. Avances y perspectivas. *Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia,* n.º 7.

19 EIBENSCHUTZ, C. (1991) El nuevo Estado mexicano y el sistema nacional de salud. Limitaciones para su consolidación. *Rev. Saúde em Debate* (32): 33-8.

20 Foi revista a coleção organizada por SOBERON, G., KUMATE, J. & LAGUNA, J. (org.) (1989) *La salud en México: testimonios 1988.* México, FCE, tomos I, II, III e IV, vol. 1.

21 SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (1984). *Programa nacional de salud 1984-1988.*

22 PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA (1989) *Plan nacional de desarrollo.* México.

23 Ibid.

24 Ibid.

[25] Ibid.
[26] EIBENSCHUTZ, C. & TAMEZ, S. (1987) *Estrategia de salud para todos en el año 2000 y políticas alternativas.* IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Colômbia.
[27] Informação pessoal recolhida pelas autoras.
[28] VALDES OLMEDO, C., LUNA, F. & HERNANDEZ, L. *México: perfiles de la salud hacia el año 2010. Una visión particular.* México DF, Fundación Mexicana para la Salud.
[29] KUMATE, J. & BERNARD, A. (1989) La atención primaria de salud como instrumento de desarrollo en México. *Salud Pública Mex.* (31):177-84.
[30] VALDES OLMEDO, C. (1990) *Políticas de salud en México. Una visión global.* Unidad de Apoyo para Facultades y Escuelas. Universidad Nacional Autónoma de México. Tabela n.° 5, mimeo.
[31] BANCO DE MEXICO (1988) *Indicadores económicos.*
[32] VALDES OLMEDO, C. (1990) Op. cit., p. 16.
[33] CORDOBA, G. (1989) Evolución presupuestal del gasto en salud en la década de los ochenta. In AA.VV. *Política sanitaria mexicana en los ochenta,* cit.
[34] SORIA, V. (1988) La crisis de la proteción social en México. Un análisis de largo plazo com énfasis en el período 1971-1985. In GUTIERREZ, E. *La crisis del Estado de Bienestar. Testimonios de la crisis.* México, Siglo XXI.
[35] SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1990) *Boletín de Información Estadística, n.* 10.
[36] VALDES OLMEDO, C. (1990) Op. cit.
[37] SALINAS DE GORTARI, C. El liberalismo social. Discurso pronunciado durante a cerimônia do 63.° aniversário do PRI. *Perfil de la jornada,* 5 de março de 1992.
[38] O diretor do IMSS, Gamboa Patrón, declarou à imprensa que o instituto não se privatizaria porque é interesse do Presidente Salinas que seja do povo e o continue servindo. *Universal,* 8 de setembro de 1991. Em declaração semelhante, na presença do Dr. Juan Manuel Sotelo, Representante da OPAS no México, afirmou ser iminente a privatização da assistência médica no continente. *Universal* de 8 de fevereiro de 1991. Destacam-se essas declarações dentre outras similares.
[39] O presidente da Câmara Nacional de Comércio de Chihuahua, P. Martínez, manifesta que é necessário privatizar os serviços médicos, já que a atenção oferecida pelo IMSS não é adequada. *Sol de México* de 8 de janeiro de 1991. O sr. J. Brito emitiu opiniões no sentido de descorporativizar o IMSS e permitir um livre jogo de mercado para melhorar a produtividade. *El Financiero* de 15 de junho de 1991.
[40] SORIA, V. (1991) *Privatización y atención de la salud en México. Tendencias y estrategias.* Trabalho apresentado no Colóquio Internacional sobre "Modelos Organizativos para América Latina". Lecciones y Desafios. México D.F., 5-7 junho, p. 21, mimeo.
[41] *Diario Oficial* de 27 de março de 1992. Decreto presidencial, Art. 3.°.
[42] *Diário Oficial* de 4 de maio de 1992.
[43] Ibid., p. 55.
[44] O mesmo decreto estipula que *[...] a comissão por operação das contas individuais que as instituições de crédito poderão debitar mensalmente a elas*

deve ser suficiente para que as instituições que operem de forma eficiente tais contas, recuperem seus custos e obtenham margem razoável de utilidade... Ibid., p. 8.

[45] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (1992). *Cuadernos de Información Oportuna*, n.º 23.

[46] Eibenschutz, C. Modernización o privatización de la seguridad social? *Página Uno* de 5 de janeiro de 1992.

[47] Ver os jornais *La Jornada* e *El Financiero* de setembro de 1991.

LIÇÕES DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DO QUÉBEC

GILLES DUSSAULT

Na década de 80, quase todos os países da OCDE debateram a organização dos sistemas de saúde. Foi central nessa discussão a questão do papel do Estado no financiamento e na gestão dos serviços. Considerando a importância social e econômica do setor saúde, é normal que o debate seja ideológico. Mas sendo as conseqüências das decisões sobre o tipo de organização dos serviços tão importantes para o bem-estar da comunidade, deve-se objetivar esse debate mediante análises empíricas de vários modelos assistenciais.

Este artigo apresenta a experiência da província do Québec (Canadá), cujo governo vem implementando um sistema público, gratuito e universal de serviços médico-hospitalares e sociais desde 1970. As lições dessa experiência de gestão pública dos serviços de saúde serão apresentadas em quatro partes: 1) breve descrição da população e do sistema de saúde; 2) análise dos resultados em relação aos objetivos explícitos da política, isto é, dar acesso gratuito a todos os cidadãos aos serviços que precisam; garantir sua qualidade e produzi-los de maneira economicamente aceitável; 3) apresentação crítica das recentes propostas do governo do Québec (Ministério de Saúde e de Serviços Sociais, 1990) para melhorar os resultados dos gastos no setor saúde; e 4) identificação das principais lições que podemos extrair dessa experiência de vinte anos.

Caraterísticas do sistema de serviços

No Canadá, país federativo que pratica um parlamentarismo de tipo britânico, o setor de saúde é responsabilidade das províncias. Historicamente, porém, o governo federal jogou papel determinante na organização do sistema: utilizando sua capacidade de arrecadar impostos, entrou

na área da saúde mediante financiamento dos serviços hospitalares, em meados da década 50 e, a partir de 1962, dos serviços médicos. A justificativa era de que todos os canadenses têm direito igual à assistência à saúde e de que cabia ao governo federal o papel de garantir condições básicas de acesso para todos os cidadãos. Sua estratégia foi comprometer-se com o pagamento de 50% dos custos dos serviços, desde que as províncias aderissem a certos princípios fundamentais[1]. Em 1977, foi imposta nova fórmula de financiamento, vinculando o valor do pagamento a um fator de indexação em lugar das despesas reais. Em conseqüência, a contribuição do governo federal caiu gradualmente até atingir, em 1991, 40,7% do custo total dos serviços no Québec, sem que as condições de financiamento mudassem.

Desde 1970, o atendimento médico-hospitalar é acessível a toda a população sem nenhuma contribuição financeira direta. Os serviços hospitalares são prestados por estabelecimentos públicos autônomos, dotados de orçamento global pelo Ministério de Saúde e Serviços Sociais (MSSS) e administrados por gestores de carreira nomeados pelo Conselho de Administração que existe em cada hospital. Deve-se mencionar que há pequeno número de hospitais privados conveniados no setor de serviços de longa permanência e de reabilitação.

O atendimento é prestado por médicos trabalhando em clínicas privadas, nos hospitais ou nos centros locais de saúde e de serviços sociais (CLSC), criados a partir de 1970 para oferecer serviços médicos comunitários e sem que, até recentemente, tivessem conseguido se tornar porta de entrada do sistema. Os médicos são produtores independentes, remunerados por serviços pelo seguro-saúde público *(Régie de l'Assurance-maladie)*, salvo nos CLSC, em que são assalariados.

O sistema financia-se com impostos gerais e o orçamento global é definido a cada ano pela Assembléia Nacional.

A lei garante a escolha livre do médico e do hospital pelo usuário, embora recentemente tenham sido introduzidas medidas de setorialização nas áreas da saúde mental, da referência obstétrica e das emergências. A lei também previa a descentralização da tomada de decisão e a participação da população, mas tais diretrizes não foram totalmente implementadas. Deve-se acrescentar que o sistema pretendia integrar os serviços sociais, e de saúde, principalmente por meio dos CLSC, propósito ainda não alcançado.

Para cumprir seus objetivos, o sistema dispõe de recursos importantes: o Québec gasta anualmente 9,2% do PIB com saúde. Aproximadamente 30% do orçamento estadual (1991), ou seja, cerca de US$1.800 por habitante, 85% dos quais recursos públicos, são destinados aos serviços sócio-sanitários. Os recursos humanos e materiais (Quadro 1) são abun-

Quadro 1
Recursos do sistema de serviços de saúde, Província de Québec, Canadá, 1970-1990

Recursos	1970	1990
Recursos financeiros		
% do PIB (total)	7	9,2
% do PIB ($ público)	67	78
% do orçamento estadual	-	31,1
$ (Can.) de 1981/hab.[1]	1.015	1.100
Recursos materiais		
Leitos/1.000 hab.	-	4,1
N.º centros de saúde	4	158
N.º policlínicas	20 (aprox.)	400 (aprox.)
Recursos humanos		
Habitantes por médico	820	450
Habitantes por enfermeira[2]	375	185
Habitantes por dentista[3]	3.732	2.224
Habitantes por farmacêutico[4]	2.767	1.584
Habitantes por outros profissionais[5]	4.028	650
Habitantes por outros funcionários[6]	51	61

Fontes: Coté, R. (1992) *Statistiques évolutives des dépenses gouvernementaes pour la mission sociale 1981-82 à 1990-91*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux; *Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système socio-sanitaire Québécois période de 1980-81 à 1988-89*, Québec, Ministère de la Santè et des Services Sociaux, 1991; Rapport du Comité de la main d'oeuvre hospitalière, Gouvernement du Québec, 1973; Dussault, G., "Les effectifs sanitaires au Québec". In Dufresne J.; Dumont, F.; Martin, Y. (éd.) *Traité d'anthropologie médicale*, Montréal, Institut Québécois de Recherche sur la Culture, Presses de I'Université du Québec, Presses Universitaires de Lyon, p. 587-603.

[1] Inclui a contribuição do governo federal: aproximadamente 50% dos gastos públicos em 1970 e 43% em 1990.
[2] No setor público (equivalente a tempo integral).
[3] Inclui todos os dentistas.
[4] Inclui todos os farmacêuticos.
[5] No setor público. Inclui dentistas, farmacêuticos, profissionais da readaptação etc. (equivalente a tempo integral).
[6] No setor público. Técnicos, auxiliares, pessoal administrativo, de manutenção (equivalente a tempo integral).

dantes e de boa qualidade. Existem vários mecanismos de controle de qualidade, como o credenciamento dos hospitais, comitês estatutários de revisão das atividades dos estabelecimentos e fiscalização pelas corporações profissionais[2].

Existem também 32 departamentos de saúde comunitária, com responsabilidades de vigilância epidemiológica e avaliação dos serviços. Recen-

Quadro 2
Perfil demográfico e sanitário, província de Québec, Canada, 1991

Indicadores demográficos	
Número de habitantes	6,7 milhões
Esperança de vida ao nascer (H)	72,8 anos
Esperança de vida ao nascer (M)	80,2 anos
% 65 anos e mais	11%
Natalidade por 1.000 habitantes	14 por mil
Mortalidade por 1.000 habitantes	7,4 por mil
Mortalidade infantil por 1.000 nascimentos	6,3 por mil
Indicadores sanitários	
Problemas prevalentes	Doenças cardiovasculares, osteoarticulares, problemas mentais, neoplasias, doenças do aparelho reprodutivo
Causas de mortalidade	Doenças cardiovasculares (40%), neoplasias (30%), problemas respiratórios (8%), causas externas (6%)
Esperanças de vida sem deficiências (H)	65 anos
Esperanças de vida sem deficiências (M)	69 anos

Fonte: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec (1992) *La politique de santé et de bienêtre*, 192 p.

temente, foi criado o Conselho de Avaliação das Tecnologias de Saúde, organismo independente que realiza avaliação de equipamentos, de materiais e de procedimentos em saúde. O conselho publica relatórios e difunde informações ao sistema. Seus pareceres não têm caráter obrigatório, mas na realidade são considerados definidores de normas que poucos se recusam a observar.

Esse sistema de saúde atende as necessidades e a demanda de uma população de 6,7 milhões de habitantes, predominantemente urbana (3,5 milhões vivem na Região Metropolitana de Montréal), educada e, agora, acostumada a receber serviços públicos de bom nível. As quedas da natalidade e da mortalidade infantil (Quadro 2) contribuíram, nas últimas duas décadas, para aumento da esperança de vida e, ao mesmo tempo, dos problemas de saúde típicos das populações que envelhecem. Os problemas sociais são também típicos das sociedades mais ricas: desintegração da família, isolamento, precariedade do trabalho, empobrecimento das regiões rurais. A sociedade também se transforma, apresentando crescente pluralismo cultural, mudança no papel das mulheres, ecologismo etc., tudo isso se refletindo na mudança de expectativas dos usuários em relação aos serviços de saúde: a população exige assistência cada vez

melhor e maior, que atenda a todas as suas necessidades, não somente físicas, mas também psicológicas e sociais, o que aumenta a pressão econômica sobre o sistema.

Os Objetivos Iniciais (1970) e os resultados

A prioridade da reforma de 1970 era garantir o acesso da população aos serviços de saúde de que ela precisava. A introdução de sistemas de seguro-hospital e de seguro-saúde eliminaram a principal barreira econômica — o custo dos serviços — o que gerou segurança psicológica que pode, por si só, ter impacto positivo sobre a saúde.

Existem, em quantidade e qualidade, serviços capazes de atender à demanda da população. Mesmo assim, o problema da acessibilidade ainda não está resolvido. Persistem, por exemplo, dificuldades de acesso geográfico a certos serviços especializados nas regiões periféricas, por causa da má distribuição dos médicos especialistas; há filas nas emergências e nos serviços sociais, o que pode ser uma questão de acesso organizacional mais do que de recursos; existem barreiras lingüísticas e culturais, o que cria problema de acesso social, especialmente em Montréal, onde se concentra a população de imigrantes; o acesso aos centros de saúde também se vê limitado pelo horário de funcionamento, fixado em virtude dos interesses dos funcionários, o que cria problema de disponibilidade para atender o público por causa de contratos de trabalho corporativos. Da mesma forma, há limitações no acesso a outros serviços profissionais extra-hospitalares, como os dos dentistas[3], fisioterapeutas, psicólogos, acupunturistas etc., que dependem da capacidade financeira dos consumidores, pois ficaram fora do sistema público e tenderam a concentrar-se nas áreas mais ricas.

Outra preocupação da reforma de 1970 era dar acesso a serviços de qualidade, isto é, eficazes e capazes de atender todas as dimensões dos problemas de saúde e de satisfazer as expectativas da população. Com respeito à eficácia, é difícil julgar a contribuição dos serviços na melhoria do nível de saúde. A taxa de mortalidade infantil, por exemplo, caiu de 17 para 7‰ em vinte anos; a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares também diminuiu de 30 a 40% na população de menos de 65 anos. Entretanto, como medir a contribuição específica dos serviços em relação a outros fatores, como aumento do poder aquisitivo, melhoria da educação, da nutrição etc.? A eficácia deve ser medida cientificamente antes de permitir conclusões definitivas.

A globalidade e continuidade da assistência são objetivos difíceis de atingir, por fatores como impessoalidade; falta da integração efetiva entre

serviços sanitários e sociais, o que gera descontinuidade; inflexibilidade na divisão e organização do trabalho; e pouca atenção dada a essas dimensões na formação de pessoal.

Os usuários exprimem habitualmente que estão satisfeitos com a qualidade técnica do atendimento, mas reclamam da sua dimensão social. Queixas formais são poucas, mas isso pode ser efeito da complexidade dos mecanismos de captação delas. Existe demanda crescente por serviços alternativos, como os dos acupunturistas, naturopeutas, massoterapeutas — que não são gratuitos — o que pode ser interpretado como expressão de insatisfação em relação aos serviços tradicionais.

O terceiro objetivo da reforma de 1970 era produzir serviços de maneira eficiente, mantendo os custos dentro da capacidade de pagamento da população. Em relação ao resto do Canadá, os resultados do Québec foram os melhores: os custos ficaram abaixo da média canadense em todo o período, graças a custos administrativos baixos, ao controle rígido do número de médicos, à imposição de teto ao seu pagamento e a medidas de produtividade rigorosas introduzidas nos estabelecimentos a partir do final da década de 70. Porém, o aumento dos gastos públicos no setor da saúde tem sido maior que a inflação ou que o crescimento da população.

As ineficiências permanecem sob forma de duplicação de serviços e de equipamentos, de subutilização de certos serviços (CLSC, p.ex.) e de superutilização de outros (emergências hospitalares). A substituição de funções, estratégia adequada para aumentar a eficiência, também se torna difícil, seja entre estabelecimentos, seja entre profissionais de várias categorias; por exemplo, a delegação de responsabilidades do médico à enfermeira e desta à auxiliar é mínima. Por outro lado, existem muitos fatores que criam pressões inflacionárias sobre o sistema: a remuneração dos médicos, que é por serviço prestado, a autonomia administrativa dos estabelecimentos, que tendem a privilegiar o próprio desenvolvimento e não a complementaridade do sistema e, finalmente, a cultura profissional intervencionista, que valoriza uma ética de meios em lugar de uma ética de resultados.

Em geral, existe consenso de que muito progresso foi alcançado para dar a todos acesso a serviços eficientes e de boa qualidade, mas que ainda há possibilidade de melhorar o sistema para enfrentar problemas que estão crescendo, como os ligados ao envelhecimento, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças mentais etc. Esse consenso se construiu na segunda metade dos anos 80, marcadas por discussões intensas quanto ao futuro do sistema, no contexto do trabalho de uma Comissão de consultas públicas, estabelecida pelo ministro da Saúde.

Diagnóstico dos problemas do sistema de saúde e soluções propostas

É interessante notar que o diagnóstico feito pela *Commission d'Enquête sur les Services de Santé et des Services Sociaux*[4] (1988), e reformulado pelo próprio ministério, aponta basicamente problemas de gestão. Ao contrário, os profissionais, os administradores dos estabelecimentos e mesmo os usuários assinalaram problemas de recursos e de serviços. A seguir discutiremos tanto as principais deficiências identificadas pelo ministério: falta de objetivos claros do sistema; centralização excessiva; corporativismo; má-gestão dos recursos humanos; e ineficiências administrativas, quanto as providências sugeridas para superá-las.

A crítica mais dura da *Commission Rochon* — e a mais criticada pelo destinatários — foi a de que o sistema de saúde não tem objetivos de resultados, isto é, que os objetivos iniciais, expressos em recursos e serviços, não apontaram para o alvo correto, qual seja, o nível de saúde da população. Faltando objetivos epidemiológicos definidos ficou difícil planejar os serviços e avaliar os resultados. Salvo algumas políticas específicas, a única diretriz era *melhorar o bem-estar da comunidade*. Em outras palavras, o sistema foi incapaz de orientar as suas estratégias em virtude das necessidades de saúde, acabando por atender as demandas e expectativas dos que têm mais capacidade de exprimi-las. Para começar a resolver esse problema central, o ministério propôs uma política de saúde, com objetivos definidos em níveis de saúde a alcançar e estratégias para atingi-los, apoiando-se em pesquisas epidemiológicas e sociais sistemáticas, destinadas a desenvolver um processo contínuo de identificação de problemas, necessidades e demandas da população.

Essa proposta tem boas intenções, mas vai encontrar obstáculos importantes: a vontade de formular uma política de saúde é condição necessária mas insuficiente para mudar a situação atual. A fixação de metas (p.ex., reduzir a incidência de carcinoma do pulmão em 20% em cinco anos) exige o conhecimento do estado de saúde da população alvo, da etiologia e da evolução natural da doença, e da capacidade de resolução das diversas intervenções médicas. Significa que é necessário sistematizar a pesquisa epidemiológica e social e também a avaliação das intervenções, tanto terapêuticas quanto organizacionais e administrativas, o que só começou em meados dos anos 80. Ressalte-se que o único estudo epidemiológico abrangendo toda a população, menos as pessoas internadas, foi feito em 1987, estando um segundo estudo programado para 1992.

Outra dificuldade bem conhecida é a escolha de prioridades, que não pode ser somente exercício técnico. O melhor conhecimento dos dados epidemiológicos e do valor relativo das intervenções influencia positiva-

mente o processo de decisão e facilita o estabelecimento de relações entre objetivos prioritários, alocação de recursos e organização de serviços. É provável que seja necessário revisar as prioridades atuais, centradas no hospital e, por conseqüência, remanejar recursos dentro do setor saúde e, mesmo, deste para outros setores (educação, transportes, justiça, economia, meio ambiente etc.), com os quais não será fácil estabelecer as ligações necessárias, apesar da multidimensionalidade dos problemas. Por tais razões, a formulação e a implementação de política de saúde coerente certamente vai enfrentar obstáculos técnicos e políticos importantes.

A questão da centralização excessiva vem sendo debatida em quase todos os países, incluindo o Québec — mesmo com somente 6,7 milhões de habitantes. A necessidade de aproximar a tomada de decisão às pessoas que vivem os problemas, bem como a impossibilidade de um órgão central adaptar suas decisões e ações às demandas locais são os argumentos básicos do referido debate.

No Québec, o MSSS define as políticas nacionais, isto é, o quadro geral de referência das ações de saúde, e garante a distribuição eqüitativa dos recursos. A proposta ministerial é reforçar os organismos regionais, que desde 1970 realizam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos e o MSSS. Nesse sentido, no futuro vão ter papel mais ativo na definição dos objetivos e das prioridades regionais e, sobretudo, na alocação dos recursos. Quanto ao financiamento, o MSSS vai definir o orçamento regional em virtude das caraterísticas epidemiológicas, sociais e demográficas da população. Vai também ampliar a participação da comunidade nas decisões, principalmente por meio do aumento do número de seus representantes nos conselhos regionais e nos estabelecimentos. As reuniões desses conselhos serão públicas e, a cada ano, deverão apresentar relatório em assembléia também pública.

Essas medidas vão encontrar problemas de implementação. A regionalização, para funcionar, pressupõe firme vontade política. Na lei adotada em 1991, o ministro da Saúde conserva o poder de decisão final sobre quase tudo, principalmente sobre questões financeiras. As regiões vão conceber os planos, os programas, a organização dos serviços, a alocação dos recursos, mas deverão submetê-los ao ministro para aprovação. Isso significa que o nível real de descentralização vai depender, de fato, da vontade política do governo central. Outra exigência para uma descentralização bem-sucedida é a existência de uma *cultura regionalista*, uma identificação da população com sua região. Isso existe na periferia, mas não existe em Montréal, onde são gastos mais de 60% do orçamento da saúde. Ao contrário, há tradição de concorrência forte entre hospitais universitários, os CLSC e os outros estabelecimentos. O governo criou quatro regiões na zona metropolitana de Montréal. Mas

o problema da grande mobilidade das pessoas entre as regiões vai tornar-se fonte de disputas, principalmente em Montréal, que atende a demanda das pessoas que moram nas outras regiões e trabalham na cidade, e seus vizinhos.

O objetivo de vincular o financiamento às necessidades da população é fundamental. Implica não somente problemas técnicos ligados à aferição das necessidades, mas sobretudo envolve problema político potencialmente difícil de resolver: enquanto esse método de alocação financeira significa para uma região aumento de recursos disponíveis, será fácil a implementação; mas, como diminuir a alocação de recursos numa região cujas necessidades diminuíram, o que, afinal, é objetivo de qualquer política de saúde?

Quanto à participação popular, a experiência de participação formal, tanto no setor da saúde quanto em outros setores como educação, não produziu os resultados esperados, sendo mesmo muitas vezes difícil encontrar pessoas para representar os usuários nos conselhos. Existem, porém, aproximadamente 2.000 grupos comunitários de voluntários, que promovem a ajuda mutual, tanto fora dos serviços formais quanto em colaboração com eles. Milhares de pessoas trabalham voluntariamente no setor da saúde, o que indica disposição de participar na produção dos serviços. O problema é o da participação nas decisões e na gestão. Talvez seja errado pensar que a participação formal é a melhor maneira de garantir a consideração das necessidades e das expectativas da população. Mecanismos de imputabilidade *(accountability)*, que garantam que dirigentes e gestores prestem contas à população podem até substituir a participação formal. Essa possibilidade poderia ser experimentada e comparada com os mecanismos atuais.

Com relação ao corporativismo, a *Commission Rochon* usou uma fórmula-choque: *O sistema de serviços sanitários e sociais fica subordinado aos grupos de interesse*. Segundo o relatório, a adaptação do sistema a novas necessidades demora por causa da resistência desses grupos que protegem seus interesses e privilégios. Um exemplo é a resistência dos profissionais em rever a divisão do trabalho, por meio de mecanismos como delegação de responsabilidades ou substituição de pessoal. No setor sócio-sanitário, existem 23 profissões que têm privilégios de prática ou de título, institucionalizados no *Código das Profissões* adotado em 1973. As condições de trabalho são definidas em contratos entre os sindicatos e o MSSS. A partir de 1970, a negociação tornou-se centralizada e o resultado foi uma gradual redefinição das condições de trabalho em virtude mais das expectativas dos funcionários que das necessidades da comunidade.

Para enfrentar a situação, o MSSS propõe a descentralização das negociações de outros assuntos não financeiros, como o relativo aos privi-

légios profissionais: uma mudança do marco jurídico, visando a reduzi-los aos absolutamente necessários em proteção da saúde pública, isto é, limitar os privilégios de prática a certos atos que só podem ser executados por profissionais credenciados (p.ex., cirurgia, uso de produtos tóxicos ou radioativos). Essas propostas, tecnicamente simples, são politicamente complicadas. A descentralização das negociações com os sindicatos exige colaboração destes, mas até o momento não houve nenhum compromisso formal nesse sentido.

A modificação do *Código das Profissões* é um desafio maior, primeiro porque, na tradição jurídica britânica, o conceito de *direito adquirido* é muito forte e será um obstáculo à quebra de privilégio. Segundo, esse *Código* também atribui privilégios a mais dezoito outros grupos (advogados, engenheiros, arquitetos, contabilistas etc.) os quais, com certeza, vão aliar-se aos profissionais da saúde para proteger seus *direitos adquiridos*. A capacidade política do governo de mudar a situação atual vai depender da reação da população e dos grupos de usuários. A permanência destes na condição de pacientes favorece a manutenção da condição de *expert* do profissional de saúde; uma vez que os pacientes se tornam gradualmente consumidores, podem exigir que o profissional de saúde se limite ao papel de conselheiro. Nessas condições vai ser mais difícil para os profissionais a manutenção dos privilégios de prática que limitam a livre escolha do usuário quanto ao tratamento desejado.

Numa crítica paralela, a *Commission Rochon* e, mais tarde, o MSSS, apontaram a gestão deficiente de recursos humanos como uma das causas da baixa qualidade da dimensão *humana* do atendimento. A falta de motivação e a insatisfação em relação às condições de trabalho teriam impacto negativo na qualidade da prestação de serviços. Propostas de solução incluem associar o pessoal à definição das orientações e à gestão dos estabelecimentos de saúde, à valorização da autonomia profissional, à melhoria das condições de trabalho e ao fomento, ao aperfeiçoamento e à mobilidade do pessoal. A promoção da participação e da autonomia profissional coloca o problema da compatibilidade dessas medidas com objetivo de priorizar as necessidades dos usuários, em lugar dos prestadores. Com efeito, é preciso adotar outras medidas para prevenir a utilização da participação e da autonomia com objetivos pessoais e particulares.

Quanto à mudança das condições de trabalho e à mobilidade, foram os próprios sindicatos que até o momento se pronunciaram contra elas, justamente para proteger os *direitos adquiridos* dos seus membros, que esperaram muitos anos para assegurar empregos estáveis, com possibilidade de evitar trabalho noturno ou de fins de semana. É claro que a gestão dos recursos humanos, especialmente no contexto das organizações

multiprofissionais como são as do setor sócio-sanitário, é o desafio maior. Exigem gestores inovadores, capazes de mobilizar e satisfazer o pessoal sem desviar-se da missão fundamental dos serviços de saúde.

Finalmente, o MSSS reconhece que permanecem fontes de ineficiência, apesar dos esforços importantes feitos na última década. Os recursos necessários para responder às novas necessidades deverão ser encontrados nos limites do orçamento atual. Sugestões nessa direção incluem: rever o modo de remuneração dos médicos, que encoraja a multiplicação dos serviços; impor compras coletivas de material, medicamentos ou serviços; rever periodicamente a relação dos serviços cobertos; racionalizar a compra de equipamentos especializados; facilitar a fusão de estabelecimentos complementares; e melhorar a coordenação dos serviços básicos, principalmente os CLSC e as clínicas privadas.

Todas essas medidas têm justificativa razoável, mas isso não basta para provocar a mudança. O pagamento por serviços, por exemplo, é um incentivo à produção desnecessária, restando apenas a ética profissional do médico ou os constrangimentos administrativos para evitar a produção de serviços inúteis. A proposta de substituição por outro modo de pagamento vai enfrentar a reação das organizações médicas, para as quais historicamente o pagamento por serviço simbolizou, de maneira quase fetichista, a liberdade de prática. Até recentemente, era quase impossível até mesmo discutir o assunto, considerado *tabu* pela profissão médica, indicando que o processo de mudança só pode ser gradual.

A melhoria da colaboração e da complementaridade entre estabelecimentos vai requerer transformação cultural, posto que exige que os médicos pensem mais em uma rede de serviços e de objetivos populacionais do que apenas na dimensão organizacional. Falta até agora um sistema de incentivos capaz de recompensar a melhoria da coordenação e de desencorajar as iniciativas *egoístas*[5]. Enfim, a revisão da lista dos serviços cobertos vai ser exercício tanto político quanto técnico. Na verdade, é sempre difícil suspender a gratuidade de um serviço, mesmo que sua ineficiência tenha sido bem demonstrada.

A *solução* da privatização, embora estudada e discutida, não foi recomendada pela *Commission Rochon*, nem pelo MSSS. Constatando uma falta de clareza na definição do que é privatizar (a propriedade dos estabelecimentos? a gestão? apenas a gestão dos serviços auxiliares? a transferência dos custos ao usuário?) não foram encontradas evidências claras de que o impacto sobre a acessibilidade, a qualidade e a eficiência seriam favoráveis.

A nossa revisão do diagnóstico dos problemas do sistema serviços e das propostas do MSSS, com as críticas formuladas, não pretende negar-lhes valor, mas apontar dificuldades de implementação das novas

políticas. A identificação dessas dificuldades é a primeira etapa na definição de estratégias efetivas para superá-las, o que nos permite introduzir o tema das lições da experiência quebequense.

Lições da experiência do Québec

O dilema de qualquer sistema de serviços de saúde é encontrar a maneira mais eficiente de utilizar os recursos disponíveis para atender as necessidades da população. Há vários caminhos nessa direção e a comparação das experiências nacionais pode indicar alternativas a seguir ou a evitar.

A experiência do Québec e do Canadá mostra claramente que um sistema público pode garantir eficientemente o acesso a serviços de boa qualidade. Ao mesmo tempo, indica que mesmo serviços bons e acessíveis têm capacidade limitada na resolução dos problemas de saúde. A grande lição que se pode extrair da experiência quebequense é que as políticas de prestação de serviços e de recursos devem estar subordinadas a uma política de saúde, que defina objetivos e metas de níveis de morbidade, mortalidade e de bem-estar a serem alcançados, e estratégias multi-setoriais que visem atender todas as dimensões dos problemas. Isso implica mudanças na visão do papel dos serviços, para se tornarem instrumento de intervenção para manter a saúde da comunidade. A ação dos serviços de saúde não será eficaz se não existir coerência entre ações concorrentes nos setores que determinam as condições de saúde, como meio ambiente, transportes, agricultura, economia, mas tal mudança é difícil porque a demanda por assistência é muito forte. Politicamente, a tentação de ampliar a rede de serviços é igualmente forte por causa da visibilidade de ações como a construção de hospitais, a compra de equipamentos etc.

Agimos até agora como se os serviços pudessem, por si próprios, produzir saúde. Temos que subordinar a questão de *como organizar, financiar e gerir os serviços* à pergunta *como elevar o nível de saúde da população?* e questionar se mais serviços significam mais saúde.

No plano mais empírico da relação entre organização dos serviços e acessibilidade, qualidade e eficiência, podemos também tirar lições da experiência do Québec. Primeiro, o acesso universal e gratuito aos serviços hospitalares e médicos é mais justo e digno, mais fácil de administrar e contribui de maneira importantíssima para a qualidade de vida, eliminando o temor do impacto econômico negativo de doenças ou acidentes. O acesso econômico, porém, não elimina as outras barreiras —

sociais, organizacionais, culturais, geográficas — nem suprime as diferenças entre classes sociais, de morbidade e de mortalidade, cujas reduções exigem ações fora do setor da saúde, como na educação e no desenvolvimento econômico e social. O acesso econômico aos serviços de saúde é medida de redistribuição da renda importante, mas insuficiente para reduzir as diferenças sociais.

Outra lição a respeito da acessibilidade é que, para esta ter sentido, deve existir uma rede de serviços capaz de atender a demanda. A alocação dos recursos sociais necessários exige consenso forte na comunidade e vontade política de atender a essa demanda social. A experiência do Québec, como muitas outras, mostra que as expectativas não diminuem, mas crescem e mudam, o que cria dois problemas: o da arbitragem entre as numerosas demandas e o da adaptação a expectativas, necessidades e preferências mutáveis. Os dois problemas estão ligados à questão da qualidade. A coerência entre serviços, demanda e necessidades é uma dimensão importante da qualidade, que definimos em efetividade e satisfação. O melhor conhecimento da eficácia dos serviços, mediante avaliação rigorosa, pode ajudar a resolver esses dois problemas. A avaliação produz informações sobre a capacidade relativa das opções de intervenção; não substitui a decisão administrativa ou política, mas define um quadro de referência para ela.

Um sistema eficiente de serviços combina a utilização de intervenções eficazes com menores custos econômicos, o que coloca enormes problemas de organização e gestão. O caso do Québec confirma que a centralização excessiva na tomada das decisões não permite adaptação rápida dos serviços às necessidades particulares e exige gestão burocrática que aumenta a probabilidade de ineficiência. De outro lado, a descentralização excessiva, na forma da total autonomia administrativa dos estabelecimentos, gera duplicações e falta de complementaridade. A lição mais interessante vem das ações do governo federal, que se limitou a definir as regras do jogo, utilizando incentivos financeiros para conseguir adesão das províncias. O governo poderia definir políticas gerais, objetivos e prioridades, redistribuir recursos e deixar a responsabilidade de operacionalizar as ações de saúde às autoridades locais ou regionais, limitando-se a examinar a execução financeira por meio de um sistema de auditoria. Os prestadores de serviços podem ser organizações públicas ou privadas, que aceitem as regras do jogo e de fato subordinem seus objetivos organizacionais aos da política de saúde.

Independentemente do nível de centralização, a eficiência depende da redução ou eliminação de incentivos negativos. A remuneração e pagamento por serviços prestados, por exemplo, gera produtividade artificial ligada ao valor relativo dos serviços, criando pressões inflacionárias, ao

passo que salários e pagamentos baixos induzem a uma produção de baixo nível. Um sistema de promoção arbitrário ou, pior, a falta de planos de carreira é outro incentivo negativo. Outro obstáculo à melhoria da eficiência, presente na experiência do Québec, é a divisão e a organização rígida do trabalho, que resulta do corporativismo: é um dos principais obstáculos às mudanças organizacionais, em particular a substituição de recursos alternativos.

A experiência quebequense mostra que os desafios no setor da saúde são, sobretudo, administrativos. Sem depreciar as dimensões técnicas ou financeiras da produção de serviços, podemos adiantar que as variáveis mais críticas são a qualidade da gestão do sistema, a definição e difusão de objetivos e de estratégias de saúde e a implementação de medidas capazes de estimular os prestadores e suas ações em direção a objetivos predeterminados. Isso exige dos gerentes uma visão mais global do papel de suas organizações, e grande capacidade de diagnosticar problemas, de definir estratégias adequadas e de mobilizar seus colaboradores em torno delas. Não podem satisfazer-se sendo apenas bons técnicos e esquecendo o impacto de suas decisões e ações sobre o bem-estar da comunidade. Isso requer seleção e formação mais rigorosa dos gerentes para que possam responder ao desafio que exige a eficiência, na qual eles têm papel de liderança.

Conclusão

Do ponto de vista da saúde pública e da administração dos fundos públicos, a procura contínua da eficiência nos serviços públicos é dever prioritário. A eliminação dos serviços ineficazes, desnecessários ou de má qualidade e a má utilização de recursos escassos têm conseqüências negativas, tanto no bem-estar da população, quanto no plano econômico.

O compromisso dos dirigentes e dos profissionais do setor da saúde é produzir serviços eficazes, isto é, capazes de atender as necessidades reais, de maneira eficiente. A experiência do Québec indica algumas pistas nessa direção: melhorar o conhecimento dos problemas e definir objetivos de saúde, a eles subordinando as metas de serviços e de recursos; avaliar sistematicamente as intervenções; confiar a gestão dos serviços a gerentes com formação e capacidade de mobilizar os recursos para uma produção mais eficiente. A essa prescrição idealista contrapõe-se o problema da implementação. O setor da saúde não existe *in vitro*, mas evolui num contexto social; por isso, não vão acontecer no setor da saúde mudanças que não ocorram em outros setores. Não se vai desenvolver a procura por maior eficiência, sem que o mesmo aconteça também em

outras áreas. Nessas condições, cabe aos responsáveis pela gestão dos serviços explicar e documentar as exigências da eficiência em saúde, lembrando que a produção de serviços de qualidade é apenas um dos instrumentos para melhorar o nível de saúde de uma população. Esse papel, importante e estimulante, é produzir o conhecimento e as estratégias que vão ajudar a dirigir o sistema de serviços para o fomento do bem-estar da população.

Notas

[1] São cinco princípios: gestão pública dos serviços; universalidade (todos têm acesso aos serviços); integralidade (todos os serviços incluídos na lei são acessíveis); acessibilidade econômica (mediante gratuidade dos serviços); transferência dos direitos dos cidadãos de uma província a outra.

[2] Há 21 corporações no setor da saúde. Seu papel, definido por lei *(Código das Profissões)*, é o de *proteger o público* pela fiscalização da prática e o controle disciplinar dos seus membros. A função de promoção e de defesa dos interesses dos profissionais é especificamente proibida e exercida por sindicatos.

[3] Desde 1974, o seguro-saúde cobre certos serviços odontológicos para a população de menos de quinze anos e para os beneficiários da seguridade social.

[4] Chamada *Comission Rochon, em virtude do* nome do seu presidente.

[5] Uma medida proposta para desencorajar o uso dos serviços hospitalares de emergência, foi cobrar D$5.00 (cinco dólares canadenses) se a consulta não fosse urgente ou por referência, mas não foi incluída na nova lei.

Bibliografia

(1991) *Loi sur les services de santé et des services sociaux.* Québec, Assemblée Nationale du Québec.

(1989) Comission d'Enquête sur des Services de Santé et les Services Sociaux. *Rapport.* Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 803 p.

(1990) Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *Une reforme axée sus le citoyen.* Québec, 91 p.